

206

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1894, à 1 heure

Par P. MIGNON

Né à Neuvy-Sautour, le 6 janvier 1853

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

DE

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges : MM. { TARNIER, professeur.
NÉLATON, MAYGRIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 avril 1894, à 1 heure

Par P. MIGNON

Né à Neuvy-Sautour, le 6 janvier 1853

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

DE

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

*Président : M. GUYON, professeur.**Juges : MM. { TARNIER, professeur.
 { NÉLATON, MAYGRIER, agrégés.**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARRAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NÉLATON	SÉBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	RETTNER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553825_0032

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT

DE

L'HYPERTROPHIE DE LA PROSTATE

Définition. — L'hypertrophie de la prostate est une augmentation de volume partielle ou totale de cet organe, produite par l'hypertrophie et la multiplication des éléments qui la constituent, principalement de ses fibres musculaires et conjonctives.

On observe des lésions analogues dans la vessie, les uretères, le bassin et les calices, lésions qu'on a comparées à celles de l'artério-sclérose qui coexiste d'ailleurs avec l'hypertrophie prostatique et souvent la précède.

Les reins sont ordinairement atteints de néphrite interstitielle généralisée (néphrite sous-capsulaire, péri-glomérulaire, péri-tubulaire, péri-vasculaire).

Synonymie. — Corps fibreux de Velpeau et Thompson,

Tumeurs bénignes de Le Dentu,

* Dégénérescence sénile de Dodeuil,

Myôme d'Harrison,

Myôme hypertrophique de Virchow,

Adéno-myôme de Cornil et Ranvier,

Adéno-fibro-myôme de Lannois.

Poids. — Le poids de la prostate, qui est de 18 gr. à l'état normal, chez l'adulte, peut s'élever, dans son hypertrophie, de 35 à 300 gr. et même au-delà.

Dimensions. — Ses dimensions, dans l'hypertrophie moyenne, sont celles d'un œuf de poule; on en a vu atteindre le volume d'une grosse orange et exceptionnellement celui d'une noix de coco ou d'une tête de fœtus.

Ce ne sont pas toujours les prostates les plus grosses qui occasionnent le plus de désordres. Quand l'hypertrophie est totale et régulière, elle ne détermine assez souvent aucun accident.

Fréquence. — Il résulte des recherches de Thompson faites sur 200 vieillards que l'hypertrophie de la prostate était manifeste dans le $\frac{1}{3}$ des cas observés, et qu'un vieillard sur vingt seulement réclame les secours de l'art.

Variétés. — L'hypertrophie est totale ou partielle, régulière ou irrégulière.

Quand elle est totale et régulière, les deux lobes latéraux de forme sphéroïdale se rapprochent par

leur convexité, aplatissent le canal transversalement et augmentent son diamètre antéro-postérieur ou coccy-pubien, limitant deux espaces prismatiques et triangulaires, l'un antérieur seul perméable aux instruments, l'autre postérieur de dimensions moindres. Le lobe moyen de forme ovoïde, produit une déformation inverse, il augmente le diamètre transversal du canal et diminue son diamètre antéro-postérieur. De chaque côté de ce lobe, existe une gouttière, dont une seule, plus développée, permet le passage de l'urine et des sondes.

Si l'hypertrophie est bilatérale et régulière, elle porte, à la même hauteur, sur les deux lobes et on observe la même déformation que précédemment dans cette portion du canal prostatique.

Si elle est bilatérale et irrégulière, ou bien les deux lobes sont hypertrophiés à des hauteurs différentes et le canal dévié alternativement à droite et à gauche, a une disposition en S ou en zigzag, disposition décrite par Caudmont et Voillemier, ou bien l'un des lobes est beaucoup plus hypertrophié que l'autre et, comme dans l'hypertrophie unilatérale, le canal décrit une courbe qui embrasse dans sa concavité le lobe hypertrophié.

Dans le cas où le lobe moyen est seul en cause, il se développe d'une façon prédominante, soit du côté du canal, soit du côté de la vessie et, dans l'un et l'autre cas, il peut présenter des aspects variés.

Quand son évolution a lieu dans le canal, il est arrondi, ovoïde, sessile et donne à l'urèthre postérieur la forme d'un V dont une des branches seulement permet le cathétérisme, ou bien il affecte la forme d'une barre, d'une vanne, d'une cloison, d'un mur qui barre, écluse, obture l'entrée de la vessie et ne rend souvent le cathétérisme possible qu'au prix d'une fausse route : c'est l'hypertrophie en barre.

Quand son évolution a lieu dans la vessie il peut encore être unique, ovoïde, sessile et son volume varie alors de celui d'un haricot, d'une noix, à celui d'un marron et même d'une mandarine, ou bien, il est multiple, divisé en deux ou plusieurs lobes secondaires, à grosse extrémité vésicale, par des sillons ou cannelures qui partent d'un sommet commun le *verumontanum* : c'est l'hypertrophie en éventail.

Ou bien encore, il est disposé en champignon, en bonnet d'évêque, à pédicule plus ou moins large ; c'est l'hypertrophie en croupion de poulet. Les tumeurs qui répondent à cette dernière variété sont parfois mobiles et jouent souvent alors le rôle d'un clapet, d'une soupape qui vient fermer l'orifice du col, au moment de la miction et s'oppose à l'émission des urines ; elles sont souvent le siège de fausses routes quand le cathétérisme est nécessaire. Elles ne sont pas toujours formées aux dépens du lobe moyen, elles peuvent s'insérer sur l'un des lobes latéraux.

Les trois lobes de la prostate sont heureusement uniformément développés dans la majorité des cas.

Leur surface ordinairement lisse est parfois inégale, parsemée de bosselures arrondies et, à la coupe, ils laissent alors s'énuccléer des tumeurs qu'on a comparées aux fibromyômes utérins interstitiels.

Ils entourent assez souvent plus ou moins le col et forment là un anneau complet ou incomplet qui ressemble parfois à un museau de tanche ou à un fer à cheval.

Sur deux pièces du musée Cincèle une saillie du lobe moyen du volume d'un pois ou d'un grain de raisin suffisait pendant la vie pour produire une rétention complète.

D'autre part, des saillies très volumineuses peuvent ne gêner que très peu le cours des urines.

Que l'hypertrophie de la prostate soit générale ou partielle, régulière ou irrégulière, cet organe, en augmentant de volume, se porte en haut en se rapprochant de la symphyse du pubis, car il est arrêté en bas par l'aponévrose moyenne du périnée qui lui oppose une barrière infranchissable.

Il résulte de ce mode de développement :

- 1° Une élévation de l'orifice vésical de l'urèthre ;
- 2° un allongement de sa portion prostatique, la longueur du canal prostatique qui, à l'état normal, est de 3 centimètres peut atteindre 7 centimètres ;
- 3° une exagération de sa courbure ;

4° les changements de direction et de forme décrits plus haut ;

5° une augmentation dans les dimensions du cul-de-sac vésical, cul-de-sac où stagnera l'urine quand ses fibres ne pourront plus se contracter suffisamment pour amener au col de la vessie le résidu de la miction ;

6° une épaisseur considérable des parois du col vésical et du canal prostatique qui forcera la vessie à se contracter avec plus d'énergie pour en obtenir l'écartement d'où l'hypertrophie et la dilatation de ses parois ; malgré cela, il arrivera un moment où ces contractions, quoique plus énergiques seront insuffisantes et alors il y aura rétention, rétention qui survient souvent à la suite d'une congestion qui augmente momentanément le volume de l'organe ; cette congestion est ordinairement due à un refroidissement, à un écart de régime ou à un excès quelconque.

La rétention se produit d'autant plus facilement que la vessie est altérée dans sa structure : cet organe présente, en effet, comme la prostate, une hypertrophie et une hypergénèse de ses éléments musculaires et conjonctifs. Civiale faisait de cette altération la cause principale de la rétention, tandis que Mercier et la plupart des auteurs admettaient et, avec raison, dans la majorité des cas, que l'obstacle prostatique joue le plus grand rôle dans la production de cet accident.

Causes. — Les causes de l'hypertrophie pros-

tatique sont peu connues ; la seule qu'on ne puisse mettre en doute est la vieillesse, cette maladie qu'on prolonge avec de bons soins, mais dont on ne guérit pas : c'est, en effet, de 50 à 70 ans qu'elle présente son maximum de fréquence ; elle devient plus rare après 70 ans.

On a accusé les excès vénériens ou, au contraire, la continence trop absolue.

La blennorrhagie (Hunter, Desault, J.-L. Petit) ;

La syphilis (Amussat, Vidal de Cassis, Swédiour, Benj. Bell) ;

Ces deux derniers facteurs étiologiques sont rejetés aujourd'hui par la plupart des auteurs.

Si l'on en croit M. Sappey, elle se développerait le plus souvent à la suite des calculs qu'on observe toujours dans cette glande à partir de 45 à 50 ans.

On a encore incriminé l'herpétisme, l'arthritisme, car on a vu parfois la première manifestation de la maladie coïncider avec la disparition d'une éruption cutanée.

Desault, J. L. Petit, Ev. Horne, Mercier l'attribuent surtout à la congestion des organes du petit bassin, que cette conjection soit produite par des habitudes sédentaires ou par des excès de quelque nature qu'ils soient. Il est incontestable que ce dernier état joue un très grand rôle pathogénique dans les manifestations de cette affection et que c'est cette congestion qu'il faut prévenir ou combattre si l'on veut enrayer le processus morbide.

TRAITEMENT

On s'attaquera à la lésion elle-même par une médication appropriée, c'est-à-dire par les iodures et principalement par l'iodure de sodium qu'on pourra donner à la dose de 0 gr. 50 centigrammes à 0 gr. 60, pendant des mois et même des années, en ayant soin d'interrompre le traitement une semaine chaque mois.

Toutes les autres médications préconisées pour obtenir un retrait de l'organe ont été tour à tour abandonnées.

C'est ainsi qu'on a employé et rejeté successivement :

La ciguë (Hunter, Coulson) ; le chlorhydrate d'ammoniaque (Fischer de Dresde, Vanoye, Phillips) ; le mercure Velpeau ; le mercure et la ciguë Voillemier et Le Dentu ; l'ergot de seigle et l'ergotine par la voie buccale ou en injections parenchymateuses (médecins américains) ;

Les injections de teinture d'iode (Heine) ;

Les injections d'éther iodoformé (Von Mosetig-Moorhof) ;

L'électricité sous forme de courants continus (Tripier, Moreau-Wolf, Cheron).

Si l'on est à peu près désarmé contre la lésion elle-même, on peut agir efficacement contre les accidents qu'elle détermine et soulager ainsi le malade et même prolonger très notablement son existence.

Ces accidents sont presque toujours dus à une congestion passagère qui augmente temporairement le volume de l'organe : leur nature et leur mode d'apparition a permis de diviser l'évolution de la maladie en trois périodes :

1^o Période prémonitoire, caractérisée par des troubles de l'urination ;

Fréquence surtout nocturne de la miction ;

Retard dans l'émission des urines.

2^o Période de rétention ou d'état caractérisée par de la polyurie ;

De la fréquence de la miction nocturne et diurne ;

De la rétention complète ou incomplète aiguë ou chronique ;

Des troubles digestifs : sécheresse de la bouche, inappétence, surtout pour les aliments solides, constipation, etc.

3^o Période d'incontinence ou de cachexie caractérisée par de la rétention chronique et, par suite, par la dilatation et la distension de la vessie ; l'écoulement involontaire des urines ; une intoxication urineuse plus ou moins prononcée et des troubles digestifs plus accentués qu'à la 2^o période.

On devra à toutes ces périodes s'attacher à pré-

venir tout ce qui peut congestionner les organes du petit bassin : on y parviendra en soumettant les malades aux règles d'une hygiène sévère qu'on peut résumer en quelques lignes.

I. — Eviter les refroidissements :

Porter un gilet, une ceinture et même un caleçon de flanelle ;

Ne sortir l'hiver que bien couvert et par un beau temps ;

Ne pas s'exposer aux courants d'air ni aux changements brusques de température ;

S'habiller complètement et se chauffer chaudement, quand on quitte le lit pour se promener dans la chambre.

Le refroidissement partiel n'étant pas moins à redouter que le refroidissement général, les prostatiques ne devront jamais marcher nu-pieds dans leurs appartements, ne jamais tremper leurs mains dans l'eau glacée, ne jamais s'asseoir à l'heure de la rosée sur le sol humide, sur le gazon, sur un banc de pierre, etc.

II. — Suivre un régime doux.

Ne faire aucun excès d'aliments ni de boissons ;

S'astreindre à la plus grande régularité dans la périodicité et la durée des repas qui ne devront jamais être prolongés ; le repas du matin devra être plus copieux que celui du soir afin que l'action congestionnante de ce dernier ne s'ajoute pas à celle de la nuit ;

N'user qu'avec modération des aliments d'une

digestion difficile ou qui ont une action nuisible sur les voies urinaires, viandes faisandées, gibier noir, poissons à chair grasse ou rouge, crustacés, conserves de viande ou de foies gras, charcuterie, salaisons, aliments épicés, truffes, asperges, etc., etc.

Exclure autant que possible de son régime, le café, le thé, la bière, les vins capiteux ou fortement alcoolisés, surtout le champagne et toute liqueur alcoolique ;

Ne boire le vin que coupé d'eau et faire surtout usage de viandes blanches, d'œufs, de légumes, de lait, de laitage, de fromages frais, etc.

Si on a affaire à un malade débilité, on n'appliquera pas ces préceptes dans toute leur rigueur : une alimentation réparatrice et un régime tonique sont alors souvent nécessaires ; c'est ainsi qu'on aura recours, dans ce cas, et, avec avantage aux viandes rôties, au thé punché, à l'extrait de quinquina, etc.

III. — *S'abstenir de tout rapport sexuel* ; on insistera si c'est un célibataire ou un homme veuf que l'on traite.

IV. — Ne jamais se fatiguer, ne se livrer à aucun travail pénible, à aucun exercice violent.

V. — Ne pas rester trop longtemps assis ou couché ; ne pas prolonger le séjour au lit au delà de 7 à 8 heures. Ces malades se trouvent souvent bien de faire une courte promenade dans leur chambre avant de se coucher. S'ils ont une pro-

fession sédentaire, ils feront bien d'en changer si leurs ressources sont suffisantes pour le leur permettre ; au cas contraire, ils suspendront de temps en temps leur travail pour faire une promenade au dehors ou dans leur appartement.

VI. — Renoncer aux courses à cheval ou en vélocipède, aux voyages en chemins de fer ou en voiture mal suspendue, sur une route mal entretenue ; les trépidations de véhicule, la station assise, la retenue prolongée des urines s'unissent, dans ces différents cas, pour congestionner la prostate et sont parfois la cause du premier accès de rétention.

VII. — Fuir toutes les occasions qui peuvent amener la retenue prolongée des urines : soirées, bal, théâtre, dîners de famille, de cérémonie, etc.

VIII. — Entretenir la liberté du ventre par des minoratifs : magnésie calcinée, capsicum annuum, cascara sagrada, podophylle ; par des purgatifs légers : lait manné, huile de ricin ; ou mieux encore, par des purgatifs salins ; sulfate de soude ou de magnésie employés à l'état de sel qu'on fait dissoudre au moment de s'en servir ou sous forme d'eau minérale, eau d'Hunyadi janos, de Sedlitz, de Pullna, de Rubina, de Carabana, etc. qu'on prend le matin à jeun, en quantité plus ou moins considérable, suivant que la constipation date de plus ou moins longtemps. On pourra encore recourir avec succès aux grands lavements tièdes, pris le matin, avant le lever, en ayant soin, ainsi que le

recommande Reliquet d'enfoncer la canule profondément.

Il est un purgatif, l'aloès, qu'il faut bannir de la thérapeutique des prostatiques, car il congestionne les organes du petit bassin.

IX. — Assurer le bon fonctionnement de la peau par des frictions, des massages, des grands bains, dans lesquels on fait dissoudre du sel de cuisine, du bicarbonate de soude ou une petite quantité de trisulfure de potassium ; on prendra les précautions nécessaires pour ne pas se refroidir en sortant du bain.

Les purgatifs, les frictions, les massages et les bains ont, en outre, l'avantage de combattre l'intoxication urineuse en favorisant l'élimination de l'urée, des produits extractifs et ammoniacaux qui en sont la cause.

Ces règles devront être suivies pendant toute la durée de la maladie.

Pendant la période prémonitoire, il n'y a pas d'autre traitement à suivre que ce traitement hygiénique. Les prostatiques qui s'y conforment peuvent rester à cette première période pendant 5, 10, 15 et même 20 ans et le plus souvent ils sont enlevés par une affection intercurrente.

Si malgré ce traitement, les envies d'uriner deviennent plus fréquentes, si les mictions sont plus retardées, plus laborieuses, exigent plus d'efforts de la part du malade et occasionnent de l'insomnie, on soulagera le patient par de la tisane de

graine de lin ou de valériane prise en quantité modérée, car absorbée en trop grande quantité, elle condamnerait la vessie et les reins à un travail exagéré et produirait un effet opposé à celui qu'on recherche ; par des suppositoires de jusquiame et de belladone, par de grands lavements donnés suivant la méthode de Reclus, c'est-à-dire aussi chauds que possible à 40° ou 50° et en plaçant la canule très-bas de façon à n'agir que sur l'extrémité inférieure de l'intestin.

On laissera de côté l'opium qui congestionnant tout l'appareil urinaire, ne ferait qu'aggraver la situation.

On conseillera au prostatique de prendre pour uriner les positions qui exigent le moins d'efforts, c'est-à-dire d'uriner debout, dans la position accroupie ou à genou, de se pencher fortement en avant, à la fin de la miction, et de se mettre au besoin dans la position genu pectorale pour assurer l'évacuation complète du réservoir urinaire et prévenir la congestion de la prostate et la stagnation de l'urine.

Les envies d'uriner deviennent aussi fréquentes le jour que la nuit ; il existe de la polyurie, des troubles digestifs ; l'appétit est perdu, la sécrétion de la salive diminuée, la bouche sèche, la mastication difficile, c'est que le malade ne vide plus sa vessie ; il est entré dans la deuxième période de sa maladie : il est atteint de rétention incomplète chronique.

On confirmera le diagnostic par le toucher rectal combiné au palper abdominal puis on videra la vessie à l'aide de la sonde : on préviendra ainsi la stagnation d'une certaine quantité d'urine dans cet organe et par suite sa distension, sa dilatation son inflammation : le cathétérisme évacuateur aura encore pour effet de s'opposer à la fermentation ammoniacale de l'urine, à l'inflammation des uretères du bassinet, des calices et des reins.

Il est rare qu'on soit appelé près d'un prostatique pendant la première période de la maladie ou quand il n'est atteint que de rétention incomplète chronique, il ne souffre ordinairement pas ou souffre peu, ses urines sont limpides, son état ne l'inquiète pas : il ne se décide à consulter le médecin que quand il en a absolument besoin, c'est-à-dire quand il est pris de rétention aiguë, accident qui d'ailleurs peut être la première manifestation de la maladie.

S'il s'agit d'une rétention aiguë, brusque, récente, sans distension et surtout si la rétention est incomplète, il ne sera pas nécessaire de pratiquer immédiatement le cathétérisme évacuateur ; on pourra employer avec succès les antiphlogistiques et les émollients, sangsues au périnée, cataplasmes sur le ventre, grands bains chauds prolongés, lavements chauds suivant la méthode de Reclus : ces derniers ont une action décongestionnante puissante sur la prostate, et la miction a pu se rétablir spontanément après leur emploi.

On ne s'attardera pas à ces différents moyens et si, après quelques heures, le malade n'urine pas, il faudra le sonder.

Cathété-
risme

L'évacuation sera faite lentement, le malade étant dans le décubitus dorsal, on lui recommandera de ne faire aucun effort et on se gardera bien de presser sur le ventre pour accélérer la miction ou favoriser la sortie de l'urine. C'est surtout quand la rétention date de plusieurs jours et qu'elle s'accompagne de distension que l'observation de ces règles est de rigueur.

Si la rétention est récente, sans distension, on pourra vider la vessie complètement.

Si elle est ancienne et compliquée de distension avec ou sans incontinence, il ne faudra retirer à chaque cathétérisme qu'une certaine quantité d'urine, un verre environ, qu'on remplacera par 1/2 verre de liquide antiseptique, d'eau boriquée bouillie à 4 ‰ par exemple : ce n'est que progressivement qu'on arrivera à mettre la vessie à sec et on y arrivera d'autant moins vite que la distension est plus ancienne.

Le cathétérisme évacuateur mené trop rapidement, a été souvent suivi d'accidents graves, hémorrhagies, cystite, urétéro-pyélonéphrites qui ont causé la mort d'un certain nombre de malades.

L'évacuation sera donc lente et complète si la rétention est récente, sans distension ; lente et progressive si la rétention est ancienne ; dans tous les cas, elle devra être antiseptique.

On savonnera les organes génitaux à la brosse, on les lavera ensuite avec une solution antiseptique au bichlorure de mercure ou à l'acide phénique. On nettoiera la sonde *intus et extra* avant et après chaque cathétérisme avec une solution boriquée à 4 °/° et ayant bouilli. On la graissera avant de s'en servir avec de la vaseline boriquée ou de l'huile phéniquée ; on la conservera, dans l'intervalle des mictions, et, après stérilisation préalable, dans un appareil également stérilisé, et facilement stérilisable, tube en fer blanc, dans le fond et dans le bouchon duquel on mettra un tampon de ouate antiseptique.

On la choisira molle, flexible et lisse pour ne pas blesser le canal ; de moyen ou de petit calibre pour ne vider que lentement la vessie : son œil devra être placé très près du bec afin que l'évacuation soit possible quand l'extrémité vésicale de la sonde affleure le col et qu'au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine, les parois de l'organe, venant appuyer sur elle, ne soient pas éraillées ; il sera large pour permettre la sortie facile des mucosités et des caillots, dans le cas de cystite ou d'hémorrhagie : son bec sera légèrement relevé de façon à ce que suivant la paroi supérieure du canal, il ne soit pas arrêté par les obstacles qui en encombrement la paroi inférieure.

C'est à la sonde de caoutchouc rouge de Nélaton que, depuis un certain nombre d'années, on donne tout d'abord la préférence : la douceur de son

contact, son extrême flexibilité, la rendent inoffensive et on peut la laisser sans danger entre les mains du malade, avantage inappréciable, car la miction spontanée n'a pas toujours lieu après un, ou même après plusieurs cathétérismes et, même dans ce cas, la fonction ne s'accomplit qu'imparfaitement, l'évacuation est incomplète et le prostatique est souvent obligé, dès sa première rétention, de se sonder pendant des semaines, des mois, des années et quelquefois toute sa vie. Cet instrument qu'on peut facilement porter avec soi dans un portefeuille, une boîte en fer blanc ou dans un tube métallique aisément stérisables, permet au malade de vaquer à ses occupations et de se soulager aussi souvent qu'il en éprouve le besoin et partout où il se trouve.

Il arrive malheureusement assez souvent que, malgré sa souplesse, la sonde de Nélaton ne peut glisser entre les obstacles prostatiques ou les franchir, ou bien qu'elle est impuissante à les écarter et cela à cause de son peu de rigidité ; enfin, après quelques cathétérismes heureux, elle est parfois arrêtée par une légère tuméfaction de la muqueuse ou un spasme du sphincter urétral.

On la remplacera alors par une sonde plus rigide, sonde en gomme ou en caoutchouc durci. On aura soin de ne pas prendre un instrument à bout conique et effilé qui pourrait blesser la muqueuse prostatique, provoquer une hémorrhagie ou amor-

cer une fausse route. On choisira une sonde à bec arrondi, ovoïde et légèrement relevé.

On pourra encore la laisser entre les mains du malade après s'être assuré qu'elle est de bonne qualité, c'est-à-dire qu'elle est lisse, souple, et ne se fendille ni ne s'écaille quand on la courbe. On recommandera de la changer dès qu'elle commencera à s'altérer. Il est arrivé plusieurs fois que des sondes devenues friables par un usage trop prolongé, se sont cassées pendant le cathétérisme : leur friabilité rend leur extraction complète difficile et les débris qui restent dans la vessie deviennent les noyaux d'autant de calculs.

Il est rare qu'on ne réussisse pas avec des instruments de cette consistance et de cette forme : si on échoue, on recourra suivant le degré de l'hypertrophie prostatique, aux sondes à petite courbure de Leroy d'Etiolles, aux sondes coudées ou sondes à béquille de Mercier, aux sondes bicoudées du même auteur, enfin aux sondes à grande courbure de Delefosse, Gély ou J. L. Petit.

Les sondes à petite courbure et les sondes coudées se présentent à l'obstacle par un bord mousse et non par un bec, ne risquent pas de faire fausse route. Leur bec relevé suit la paroi supérieure du canal qui est lisse et unie et n'est modifiée ni dans sa forme, ni dans sa structure. Par leur talon, elles glissent sur l'obstacle ou l'écartent et pénètrent facilement dans la vessie.

On réussira avec la sonde de Leroy d'Etiolles ou

la sonde à béquille de Mercier chez la plupart des prostatiques à hypertrophie moyenne. Chez les prostatiques à hypertrophie plus considérable, la courbure du canal étant plus prononcée, on sera obligé de recourir à la sonde bicoudée.

Enfin, dans le cas d'hypertrophie énorme, le canal prostatique étant fortement porté en haut et en avant et ayant une longueur et une courbure exagérées, le cathétérisme ne sera souvent possible qu'avec une sonde à grande courbure, sonde des vieillards d'Amussat ou de Gely, parfois même on ne passera qu'avec un instrument à courbure exagérée, telle que celle que présente la sonde en S de J. L. Petit.

Dans l'hypertrophie totale et régulière de la prostate, la sonde bicoudée est celle qui paraît le mieux s'adapter à la forme du canal ; les sondes coudées simples laissées à demeure prennent à la longue une forme qui rappelle celle des instruments bicoudés.

On peut donner instantanément à la sonde coudée simple, la forme bicoudée, à l'aide d'un mandrin qui, comme elle, présente un bec de 10 à 12 millimètres de longueur et faisant avec la longue portion de l'instrument un angle de 130° environ : la présence de ce mandrin modifie la courbure de la sonde, augmente sa rigidité et rend le cathétérisme plus facile. Dans le cas où l'on ne réussirait pas, on pourrait, les instruments étant encore dans le canal, pratiquer la manœuvre de W. Hey,

Chopart, Dupuytren, manœuvre qui consiste à revenir un peu en arrière de l'obstacle, puis à retirer le mandrin en même temps qu'on pousse la sonde : cette même manœuvre, quand on pratique le cathétérisme avec une sonde molle munie de son mandrin, réussit souvent.

L'usage du mandrin rend de grands services dans le cathétérisme des prostatiques.

Il permet de se passer des instruments coudés, bicoudés ou courbes qu'on n'a pas toujours sous la main ; grâce à lui, on peut donner aux sondes molles et droites une courbure appropriée à celle du canal ; enfin les instruments mous munis d'un mandrin ont une rigidité souvent suffisante et leur courbure reste fixe pendant tout le temps du cathétérisme.

On leur a reproché d'être moins bien en main et, par suite, plus difficiles à conduire ; on a dit encore que leur extrémité pouvait s'engager dans l'œil de la sonde et produire des déchirures du canal. On remédiera à ces inconvénients en s'assurant, avant chaque cathétérisme, que le mandrin est enfoncé à fond et en vissant sur son extrémité libre un curseur à ailettes qui donnera autant de prise que le pavillon d'une sonde métallique, l'autre extrémité sera ovoïde ou sphéroïdale.

Il est des cas où le cathétérisme n'est possible qu'avec des instruments tout à fait rigides : on ne les emploiera qu'après avoir eu recours, en vain et, à plusieurs reprises, aux instruments mous ou

demi-rigides. La sonde de trousse devra, autant que possible, être mise de côté : sa courbure est insuffisante et la plupart des fausses routes faites chez les prostatiques sont dues à l'usage de cet instrument défectueux. Si l'on est obligé de s'en servir, on redoublera de prudence dans les manœuvres cathétériennes.

La sonde à petite courbure de Leroy d'Étiolles, les sondes coudées de Mercier, les sondes à grande courbure de Delefosse et Gély sont encore les instruments avec lesquels on aura le plus de chance de réussir.

Je ne parle que pour mémoire de la sonde de Cusco et du cathéter vertébré de Squirrhe d'Elmire, dont on pourrait se servir avec succès mais qui, étant donnée la rareté de leur usage, ne se trouvent pas chez tous les fabricants.

Si le cathétérisme est facile il sera répété toutes les 3 ou 4 heures, jusqu'à ce que la fonction se rétablisse. Quand le malade urinera spontanément et sans efforts, il faudra s'assurer que la vessie se vide à chaque miction ; si l'évacuation est incomplète, s'il reste une certaine quantité d'urine dans le bas fond vésical, on devra continuer à sonder ou à faire sonder le prostatique, une ou deux fois par jour, pour évacuer cette urine stagnante, ce résidu de la miction.

Il y a des malades qui pourraient garder leurs urines 12 et même 24 heures sans être incommodés : il ne faut jamais profiter de cette tolérance

de la vessie pour trop espacer les cathétérismes car après un aussi long intervalle, il y a toujours distension. A côté de ces malades, il y en a d'autres dont la vessie intolérante se contracte dès qu'elle renferme une petite quantité d'urine et qui sont tourmentés par des besoins fréquents d'uriner; il faudra alors rapprocher les cathétérismes; prescrire le régime lacté, les émollients, les anti-phlogistiques, tisane de graine de lin, cataplasmes sur le ventre, lavements chauds suivant la méthode de Reclus, grands bains prolongés, suppositoires à l'extrait de belladone ou de jusquiame à la cocaïne, etc., sangsues au périnée, etc.

Sonde
à demeure

Quand malgré l'emploi de ces différents moyens, les besoins d'uriner restent aussi fréquents, M. Guyon conseille l'usage de la sonde à demeure qui par l'évacuation facile, continue et complète qu'elle assure, met bientôt fin à l'intolérance de la vessie. On la rendra supportable, pendant les premiers jours de son application, par une ou plusieurs injections de morphine.

La sonde à demeure est encore indiquée toutes les fois que le cathétérisme est difficile, fait saigner la prostate, ou provoque des accès de fièvre, toutes les fois qu'il y a cystite chronique rebelle ou hémorrhagie intra-vésicale.

Laissée 24 ou 48 heures, elle décongestionne la prostate, la vessie, et tout l'appareil urinaire en s'opposant à la stagnation de l'urine; elle diminue

les douleurs et les contractions de la vessie en mettant cet organe au repos ; elle déprime les saillies sur lesquelles elle appuie et calibre le canal en le régularisant ; elle fraye un chemin, creuse une voie que suivra facilement l'instrument dans les cathétérismes ultérieurs ; elle modifie la vitalité de la muqueuse et de la prostate, les rend plus résistantes, moins friables, moins sensibles au contact des instruments ; elle favorise la cicatrisation des fausses routes en les mettant à l'abri du contact de l'urine et en rapprochant leurs parois ; elle fait souvent cesser les accès de fièvre et autres accidents que peut occasionner le cathétérisme répété ; elle permet de vider la vessie aussi souvent qu'on le veut sans faire courir au malade les dangers d'un cathétérisme répété et difficile, et, dans le cas de cystite, de faire des lavages aussi fréquents que le demande l'état de l'organe malade ; enfin, quand il y a hémorrhagie abondante avec caillots, elle rend facile la sortie de ces derniers à mesure qu'ils sont désagrégés par l'urine.

Si l'on a recours à ce mode de traitement, on devra observer les règles suivantes :

On prendra, sauf le cas d'hémorrhagie, une sonde de Pezzer ou de Malécot : ces instruments présentent sur les autres un grand avantage, une fois introduits dans la vessie, ils n'en peuvent sortir spontanément.

L'instrument choisi sera d'assez petit calibre pour ne pas comprimer les parois du canal et pro-

voquer une uréthrite ou une ulcération des tissus.

On ne laissera pas la sonde ouverte quand cela ne sera pas nécessaire ; on la fermera par un fauset, une pince bull dog, une anse de gaze iodoformée que le malade ou une personne de son entourage pourra enlever à intervalles réguliers.

On la changera dès qu'elle commencera à s'altérer.

On lavera les parois de la sonde plusieurs fois dans les 24 heures, ou, tout au moins, matin et soir, à l'aide d'injections boriquées à 4 pour 100, car il résulte des recherches de Guiard que le contenu de la sonde est déjà ammoniacal, alors que l'urine renfermée dans la vessie est encore acide.

On recommandera au malade de se mettre alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche, à la fin de la miction, de se pencher fortement en avant et au besoin de se mettre dans la position gènu-pectorale pour vider complètement sa vessie ; s'il existe un certain degré de cystite, on fera, après chaque miction, des injections d'eau bouillie boriquée, jusqu'à ce que le liquide sorte aussi clair qu'il est entré.

On enveloppera, après chaque lavage, la sonde et la verge de gaze iodoformée.

Il peut se faire que l'emploi de la sonde à demeure soit indiqué et que le cathétérisme ne soit possible qu'avec des instruments métalliques. On a eu alors recours parfois et avec succès aux procédés suivants :

On prend une sonde métallique à œil terminal, à l'intérieur de laquelle on introduit une sonde molle : arrivé à l'obstacle, l'instrument métallique l'écarte et permet ainsi à la sonde molle de passer.

Le Dentu fait usage d'une sonde dont le talon est muni d'un œil large par lequel on peut faire passer un long stylet : on retire la sonde et on glisse sur le stylet une sonde molle à bout coupé.

M. Julliard de Genève a imaginé un cathéter qui trouve aussi, dans ce cas, son indication ; il peut s'ouvrir et renferme un mandrin dont l'extrémité renflée, bouche l'œil qui le termine et rend le cathétérisme plus facile ; quand on est dans la vessie, on ouvre le cathéter et on le retire, on visse enfin sur le mandrin, laissé en place, un long conducteur sur lequel on glisse une sonde ouverte à ses deux extrémités.

Quand il existe une fausse route, elle siège dans la grande majorité des cas sur la paroi inférieure, il faut, si l'on veut la franchir, suivre, pendant le cathétérisme, la paroi supérieure du canal, c'est alors surtout que les instruments coudés ou à bec relevé sont nécessaires. Si, malgré tout, le bec de la sonde continuait à s'engager dans la plaie prostatique, on introduirait le long de cette sonde une bougie armée à l'extrémité de laquelle on visserait un conducteur et sur cette bougie et ce conducteur, on glisserait facilement une sonde à bout coupé ; on pourrait encore employer le procédé du fil de Maisonneuve.

La sonde à demeure, malgré son utilité incontestable, n'est qu'un moyen de traitement transitoire et dès qu'elle n'est plus indispensable, on doit en cesser l'emploi pour revenir au cathétérisme répété.

Il n'est pas toujours nécessaire de laisser la sonde à demeure 36 ou 48 heures pour rendre les cathétérismes ultérieurs plus faciles : Voillemier rapporte des observations de malades qui se sondaient difficilement et depuis longtemps ; il leur fit garder la sonde pendant 2 ou 3 heures après le cathétérisme du soir et ces prostatiques n'éprouvèrent bientôt plus aucune difficulté pour se sonder et finirent même par uriner spontanément.

A côté de ces faits heureux, il en est d'autres où la sonde, après avoir séjourné 36 et 48 heures, et même davantage dans le canal, n'a que fort peu modifié son calibre et n'a diminué en rien les difficultés du cathétérisme.

On a proposé et employé, tour à tour, un grand nombre de moyens pour redresser les déviations du canal ou combattre l'hypertrophie elle-même.

Tous ces procédés, qui n'ont plus guère d'ailleurs qu'un intérêt historique, peuvent être groupés en deux catégories :

I. — Ceux qui agissent sur le canal.

II. — Ceux qui s'attaquent à l'obstacle prostatique.

I. — MÉTHODES QUI AGISSENT SUR LE CANAL.

1° Compression ;

2° Dilatation ;

3° Redressement.

1° Compression.

a. — Le procédé de Miquel consistait à introduire dans la vessie, à l'aide d'une grosse sonde, des balles de plomb reliées par un fil et à exercer des tractions sur les deux extrémités de ce fil ; on produisait ainsi un élargissement du col, mais il arrivait parfois que le fil se rompait et que les balles restaient dans la vessie.

b. — Le déprimeur imaginé par Mercier agissait d'une façon analogue ; cet instrument a la forme d'une sonde coudée, il est composé de deux branches qu'on peut écarter quand il a pénétré dans la vessie et par des tractions faites d'arrière en avant on déprime le col.

2° Dilatation.

a. — Les grosses sondes passées matin et soir et laissées un quart d'heure ou vingt minutes en place agissent à la fois par compression et par dilatation.

b. — Le dilatateur à air ou à eau de Physick qui se compose d'une sonde terminée par un sac de caoutchouc ou de baudruche dans lequel on injecte de l'air ou de l'eau ; Parrish aurait obtenu un succès avec cet appareil que Ducamp avait déjà proposé pour le traitement des rétrécissements.

c. — Le dilatateur de Leroy d'Etiolles, instrument ingénieux qui est formé au niveau de sa portion prostatique de lames métalliques flexibles qu'une tige centrale mue par une vis fait écarter.

3° Redressement.

Meyrieux Tanchon et Charrière ont fait construire un cathéter qui introduit courbe peut être redressé par un pas de vis quand il est arrivé dans la vessie et diminue ainsi la coudure du canal.

Leroy d'Etiolles avait déjà employé un instrument analogue.

II. — MÉTHODES QUI S'ATTAQUENT A L'OBSTACLE PROSTATIQUE.

- 1° Incision ;
- 2° Excision ;
- 3° Ligature, broiement ;
- 4° Cautérisation.

1^o *Incision ou prostatomie uréthrale ou interne* (Mercier, Maisonneuve, Civiale, Leroy d'Etiolles, Gouley, Harrison).

Cette méthode a d'abord été préconisée par Mercier : il a pour la mettre en pratique, inventé deux appareils spéciaux ; le dernier en date qui seul est resté dans la pratique, a la forme de sa sonde coudée, il se compose de deux branches comme le lithotriteur ; la branche mâle est terminée par une lame qui est cachée dans la courte portion de la branche femelle. Quand l'instrument a été introduit dans la vessie, on le retourne de façon à ce qu'il embrasse dans sa concavité la barre prostatique ou le lobe hypertrophié on tire ensuite sur la branche mâle et on ne s'arrête que quand l'obstacle a été incisé puis on place une sonde à demeure et on l'y laisse pendant 24, 36 ou 48 heures et davantage. Cette méthode n'est pas sans danger : elle provoque souvent des hémorrhagies assez graves ; elle est de plus insuffisante car la plaie prostatique en se fermant reproduit la barre.

Dans le sécateur de Maisonneuve, la lame se meut autour du sommet de l'angle qui unit la courte la longue portion de l'instrument.

Dans le kyotôme ou coupe-brides de Civiale, c'est d'avant en arrière qu'agit la lame ; elle est

cachée dans la partie postérieure de la courte portion de la branche femelle. Cet instrument pourrait être utilisé dans le cas où le cathétérisme est rendu impossible par une barre prostatique ou une valvule du col, seul avantage qu'il présente sur l'instrument précédent dont l'usage suppose le cathétérisme possible, mais il est inférieur au sécateur de Mercier qui peut agir d'avant en arrière et d'arrière en avant.

L'inciseur de Leroy d'Etiolles et ses ciseaux sont complètement abandonnés.

Gouley de New-York, a imaginé des instruments spéciaux (prostatomètre, cystopylomètre) pour mesurer les dimensions du lobe hypertrophié et des sécateurs construits sur le même modèle que ceux de Mercier.

Harrison a eu aussi recours à la voie uréthrale pour lever l'obstacle prostatique ; il lui préfère, actuellement, la voie périnéale et il fait alors quand cela est nécessaire, ce qu'il appelle avec Gouley la prostatotomie ou la prostatectomie externes, opérations qu'il ne pratique d'ailleurs que quand le cathétérisme, la dilatation du canal, l'écartement des lobes hypertrophiés sont impossibles par la boutonnière périnéale ou qu'il existe une hypertrophie en barre du lobe moyen qui obture plus ou moins l'orifice vésical.

Le sécateur de Mercier lui aurait permis de couper plus de 400 brides ou valvules du col (Forgue in Duplay et Reclus: *Traité de chirurgie*

7^e vol.), mais il s'agissait surtout de valvules musculaires et muqueuses dans le cas de valvules prostatiques, les succès ont été plus rares. Leroy d'Etiolles qui rapporte 60 observations de valvules coupées avec l'instrument de Mercier, n'aurait observé d'amélioration notable que dans le quart des cas.

Les statistiques de Voillemier et le Dentu, celles de monsieur Guyon, donnent des résultats analogues.

2^e Excision prostatectomie uréthrale ou interne
(Mercier, Gouley, Harrisson).

Elle a été faite pour la première fois par Mercier qui pour la pratiquer a modifié son sécateur, il a remplacé la lame qui en termine la branche mâle par une curette à bords tranchants et l'a pourvu d'une flèche qui, comme dans les amygdalotomes permet de fixer la partie sectionnée et de la retirer en même temps que l'instrument. L'auteur rapporte un certain nombre de succès dus à l'emploi de cet instrument qu'il préfère à son sécateur; Dodeuil y a ajouté quelques observations prises dans le service de Demarquay. Le Dentu qui eut l'occasion de l'employer une seule fois, obtint une amélioration notable, mais au prix d'une hémorrhagie assez grave et après des manœuvres uréthrales laborieuses; encore cette amélioration ne s'est-

elle pas maintenue et après quelques années l'état du malade était devenu aussi grave qu'auparavant.

Gouley et Harrison ont apporté de légères modifications à l'appareil de Mercier.

Ces instruments ne sont applicables qu'aux hypertrophies en barre ou valvules prostatiques.

3° Ligature, broiement.

Leroy d'Etiolles a fait usage d'un porte ligature spécial pour morceler les tumeurs bénignes de la prostate et en sectionner le pédicule. Jacobson s'est servi, dans le même but, d'une sorte d'écraseur, qui, comme le porte-ligature de Leroy, est aujourd'hui, complètement abandonné.

4° Cautérisation potentielle.

N'a plus qu'un intérêt historique, on y est revenu dans ces derniers temps, mais on a employé que des caustiques peu puissants, incapables de détruire l'obstacle, des cathérétiques, comme le nitrate d'argent. Hall aurait dû un succès à ce dernier. Le Dentu aurait, avec le même agent, obtenu une amélioration passagère, après une aggravation momentanée de l'état local.

Des caustiques plus énergiques comme la pâte de canquoin, qu'on fixerait subitement dans une

sonde porte-caustique pourraient peut-être être utilisés avec avantage après l'incision d'une hypertrophie en barre, par exemple ; ils arrêteraient l'hémorrhagie, élargiraient la voie créée par l'incision et préviendraient ainsi la reproduction de l'obstacle. Si l'on avait recours à ce moyen, il faudrait agir avec la plus grande prudence et ne faire qu'une eschare peu épaisse, car une eschare volumineuse serait difficilement éliminée par l'urèthre : elle devrait être triangulaire et à base supérieure et antéro-postérieure.

b. — Le galvanocautère, appliqué au traitement de l'hypertrophie de la prostate, donnerait, si l'on en croit l'auteur et les propagateurs de cette méthode (Bottini, Newman, Casper), des résultats très favorables.

Elle aurait les avantages suivants :

1° De limiter la durée de l'opération à quelques minutes :

2° D'être exsangue, de n'être suivie ni d'hémorrhagies primitives, ni d'hémorrhagies secondaires ;

3° D'exposer moins que toutes les autres méthodes à l'infection ;

4° De ne présenter aucune gravité.

Elle consiste dans l'emploi, soit d'un galvanocautère mobile, comme le sécateur de Mercier (valvule hypertrophie en barre), soit d'un galvanocautère fixe, logé dans la partie antérieure et terminale de la longue portion de l'instrument (hyper-

trophie unilatérale, bilatérale ou régulière du lobe moyen).

Le premier agit par section, le second par adustion.

Pour se servir de cet appareil, on l'introduit dans la vessie, puis on le retourne de façon à ce qu'il embrasse dans sa concavité le lobe qu'on veut attaquer.

Sur 77 observations rapportées au congrès de Berlin en 1890, M. Bottini aurait obtenu la :

Guérison complète dans 52 cas.

Une amélioration dans 11 cas.

Un résultat nul dans 13 cas.

Et la mort dans 2 cas.

Ces deux morts auraient eu lieu à une époque où M. Bottini n'avait pas encore perfectionné son appareil.

Presque toutes ces méthodes ne sont réalisables que si le cathétérisme n'est pas impossible ; elles ont pu donner d'excellents résultats à des spécialistes habiles et expérimentés qui ont un œil au bout de leurs instruments ; employées par des praticiens ordinaires, elles auront toujours l'inconvénient d'être des méthodes aveugles et par suite dangereuses. La méthode de Bottini elle-même n'échappe pas à ce reproche. Malgré les statistiques favorables sur lesquelles elle semble s'appuyer ; elle est en outre, inapplicable aux hypertrophies à évolution vésicale.

De tous les procédés décrits précédemment pour

rendre le cathétérisme plus facile, il n'est guère resté dans la pratique courante que la sonde à demeure. Quelques auteurs ne voyant que ses inconvénients ont aussi voulu la bannir du traitement des prostatiques ; elle ne mérite certainement pas cet ostracisme, car elle trouve assez souvent son indication et peut rendre de très grands services.

Il n'est malheureusement pas toujours possible de passer une sonde, même après l'administration d'un purgatif ou d'un lavement salin donné à la manière de Récamier, de lavements chauds suivant la méthode de Reclus, et de grands bains chauds plus ou moins salés et prolongés, dans lesquels le malade pourra, à l'aide d'une sonde de Nélaton, répéter sans danger les manœuvres de cathétérisme.

Quand des tentatives de cathétérisme réitérées, à des intervalles plus ou moins éloignés et avec des instruments de forme, de consistance, de volume variés n'ont pas abouti, il faut vider la vessie avec l'aspirateur.

On prendra les précautions antiseptiques habituelles ; on savonnera à la brosse et on antiseptisera les organes génitaux et la région hypogastrique ; l'aiguille trocart flambée dans la flamme d'une lampe à alcool, plongée ensuite dans une solution antiseptique, sera enfoncée profondément et obliquement de haut en bas et d'avant en arrière à 1 ou 2 travers de doigts au-dessus du pubis. On

suivra les mêmes règles que pour l'évacuation par la sonde ; la vessie ne sera vidée que lentement comme elle s'est remplie, et à la fin de l'opération ; on aura soin de retirer assez l'aiguille pour ne pas érailler la muqueuse vésicale et ouvrir ainsi une porte à l'infection.

Si on a affaire à une rétention chronique avec distension, on injectera une certaine quantité de liquide antiseptique après chaque aspiration, on ne mettra la vessie à sec que lentement et progressivement, il sera même bon de ne jamais la laisser complètement à sec, mais d'y abandonner, comme topique, une petite quantité de liquide antiseptique.

Trois ou quatre heures après la première ponction, on renouvellera les tentatives de cathétérisme, il arrive alors quelquefois qu'on réussit : on a même vu la miction avoir lieu spontanément quelques heures après une seule ponction, mais c'est là l'exception : ces résultats heureux sont rarement obtenus après un si court espace de temps.

On entretiendra la liberté du ventre par des purgatifs ou des lavements salins ; on combattra la congestion prostatique par les lavements chauds de Reclus ; on mettra le malade à la diète des boissons et à un régime sévère ; on lui donnera chaque jour deux ou trois verres de graine de lin édulcorée avec du sirop de gomme ou de bourgeons de sapin, du lait pur ou coupé d'eau de

Vichy, si les urines ont conservé leur acidité, des œufs, du bouillon, des aliments légers et du vin coupé d'eau.

On renouvellera les ponctions et les tentatives de cathétérisme, toutes les fois qu'on le jugera nécessaire.

Si l'urine se trouble et ne redevient pas plus claire après des lavages répétés ; si, après 7 ou 8 jours, on n'a pu pénétrer dans la vessie par le canal, il faudra ouvrir à l'urine une autre voie.

Mayor, Chopart, Boyer, etc., pratiquaient le cathétérisme forcé à l'aide d'une sonde courbe, conique, à œil terminal. Cette méthode, aujourd'hui complètement abandonnée, a compté un certain nombre de succès.

Lafaye, pour sonder Astruc, s'est servi d'une sonde ouverte à ses deux extrémités et renfermant un stylet à dard, se guidant sur le doigt introduit dans le rectum, il enfonça le dard à travers l'obstacle et imprimant en même temps, un mouvement de propulsion à la sonde, il la fit pénétrer dans la vessie et l'urine fut évacuée : c'était une sorte de cathétérisme forcé, une tunnellisation de la prostate par le canal.

On a reproché à ce mode de traitement d'exposer aux abcès prostatiques, à la septicémie, à l'infection urinaire, aux phlébites, aux phlegmons périprostatiques, et même à la péritonite, etc.

On n'a guère observé ces derniers accidents que quand le cathétérisme forcé a été pratiqué par les

malades eux-mêmes, c'est-à-dire plus ou moins maladroitement, et avec des instruments plus ou moins septiques. Si on considère le peu de gravité des plaies de la prostate, la rapidité de leur cicatrisation quand elles sont à l'abri du contact de l'urine, on trouvera peut-être que cette méthode est trop laissée de côté. On peut voir en parcourant les musées, des prostates présentant des fausses routes souvent multiples, les unes borgnes, les autres complètes dont les parois sont parfaitement organisées et beaucoup d'auteurs admettent encore aujourd'hui qu'une fausse route, au cours d'une hypertrophie prostatique, est un accident dont il faut savoir profiter.

Je ne parle que pour mémoire de la ponction par le rectum, pratiquée pour la première fois par Fleurant à l'hôpital de la charité de Lyon, en 1750.

Quant à la ponction par le périnée, proposée par Dionis, pratiquée par le lithrotomiste Tolet et plus récemment par Howlet, elle serait encore, d'après Sédillot, inférieure à la présente. Harrisson lui a dû un succès remarquable sur un vieillard de 82 ans.

La ponction sous-pubienne trouve aussi bien rarement son indication.

La ponction sus-pubienne, ponction hypogastrique ou ponction de Méry a trouvé plus d'adeptes. On pourrait pour la pratiquer, employer ainsi que le conseillait déjà Floquet un trocart recou-

vert d'une sonde de caoutchoucs préalablement aseptisés et antiseptisés. On emploierait de préférence une sonde de Pezzer ou de Malécot qui, une fois dans la vessie, n'en pourrait sortir spontanément et on la laisserait en place jusqu'à ce que les parois du canal fistuleux soient recouvertes de tissu cicatriciel.

On aurait soin à la fin de chaque miction, de faire pencher fortement le malade en avant et, au besoin, de le faire mettre à quatre pattes et même dans la position genu-pectorale, pour assurer l'évacuation complète de la vessie. La sonde sera lavée, après chaque miction, avec une solution d'eau bouillie boriquée et la vessie aussi souvent qu'il sera indiqué de le faire.

La ponction de la vessie est une opération relativement peu grave ; sur 302 cas relevés par Deneffe, il y eut 47 morts dont 7 seulement sont imputables à l'opération : ces observations se répartissent ainsi :

20 périnéales. . . .	3 M
97 recto-vésicales .	11 M
183 hypogastriques .	27 M
1 pubienne	0 M
1 sous-pubienne .	0 M

Un certain nombre de prostatiques ont dû à la ponction hypogastrique une survie considérable.

Forestier de Seignelay a publié dans la *Gazette*

des hôpitaux, en 1876, l'observation d'un malade qui, ponctionné à 76 ans, mourut 10 ans après et pendant ces 10 années il urina par son urèthre sus-pubien, à l'aide d'une sonde ; Ferré de Meaux a rapporté une observation analogue à la société de chirurgie en 1886.

Un malade de Chopart fut moins heureux : on avait laissé la fistule hypogastrique se fermer avant que le cours normal des urines fût rétabli et un an et quelques mois après la ponction, la mort survint par une nouvelle rétention.

Enfin cette méthode a donné de beaux succès à Verchère, Deneffe, Lalesque, Fchleisen, Ch. Rémy, etc.

M. Lejars a publié dans la *Semaine médicale* (10 octobre 1893), deux observations de cysto-drainage sus-pubien chez des prostatiques.

Voici sa manière de faire : « On ponctionne avec un gros trocart courbe, à deux travers de doigt au-dessus du pubis ; dès que le trocart est retiré, l'urine jaillit ; on la laisse couler un peu et on glisse alors, par la canule métallique, et, tout en retirant l'instrument, une sonde en caoutchouc rouge dans la vessie : l'évacuation s'achève par la sonde. Naturellement sonde et trocart ont été longuement désinfectés et, une fois vidée, la vessie est lavée à la solution boriquée tiède jusqu'à ce que le liquide revienne clair ; on lave, avec le même soin, le pourtour de la ponction et la paroi abdominale, et la sonde est fixée à demeure. Durant

les premiers jours, on assure l'évacuation par le siphon et voici comment : à l'extrémité libre de la sonde est adapté, au moyen d'un tube de verre et d'un segment de sonde rigide servant d'ajutage intermédiaire, un long tube en caoutchouc qui descend dans un bocal placé près du lit. Il suffit de pousser de l'eau boriquée dans le tube siphon pour l'amorcer et, dès lors, l'urine coule goutte à goutte sans trêve ; par là même, tout danger d'infiltration se trouve écarté, la vessie restant toujours vide. Au bout de deux ou trois jours, on supprime, si l'on veut, la sonde à demeure hypogastrique : le canal est déjà constitué et sa paroi granuleuse ne se laisse pas traverser par l'urine.

Il est utile pourtant de maintenir la sonde quelques jours encore et de la remettre, de temps en temps, pour prévenir l'oblitération cicatricielle du trajet ou de la remplacer par un appareil obturateur simple. On continue régulièrement les lavages vésicaux et les soins minutieux de propreté. C'est là un procédé d'urgence, bien entendu, mais il ne me semble pas que pour être ainsi créé au trocart, l'urèthre contre nature soit très inférieur à celui qu'on obtient par la cystostomie. »

La cystostomie sus-pubienne, urèthre contre nature, épicystostomie pratiquée presque en même temps, par Poncet en France et Mac Guire en Amérique, consiste à créer un urèthre contre nature sus-pubien, en suturant la muqueuse vésicale à la peau.

Les procédés ont varié avec les opérateurs : dans celui de Mac Guire, le canal est oblique de haut en bas et d'avant en arrière, disposition qui en rend l'occlusion facile par un appareil obturateur, augmente les chances de continence, mais aussi celles d'infiltration et prédispose à la stagnation d'une certaine quantité d'urine dans la vessie ; Morris taille deux lambeaux cutanés latéraux, dont il unit les bords aux deux lèvres de l'incision vésicale ; Jaboulay de Lyon a tenté de pourvoir le nouveau canal d'un sphincter contractile en traversant l'un des muscles droits dans sa portion charnue et en faisant ainsi une cystostomie comparable à l'entérostomie et à la gastrotomie de Vitzel et de Girard.

Voici le procédé de M. Poncet :

1° Positions de Trendelenburg : pas de ballon de Petersen, est inutile et dangereux.

2° Incision cutanée de 6 à 8 centimètres, la peau de la région hypogastrique étant tendue par crochet-érigne fixé au niveau ou au-dessous de l'ombilic.

3° Incision de la ligne blanche et écartement des muscles droits.

4° Recherche de la paroi antérieure de la vessie et refoulement du cul-de-sac péritonéal : à l'aide de l'index en crochet, on relève, à partir du pubis, le tissu graisseux prévésical et le cul-de-sac péritonéal.

5° Fixation de la paroi antérieure de la vessie

aux bords de la plaie abdominale par 3 ou 4 points de suture latéraux et 2 médians, un pour l'angle supérieur de la plaie, l'autre pour son angle inférieur.

6° Ouverture de la vessie : la vessie est ouverte par une simple ponction faite avec un bistouri droit à lame courte ; on introduit ensuite l'index qui permet de reconnaître l'état des parois de la vessie, la variété d'hypertrophie à laquelle on a affaire, l'existence de calculs, etc.

7° Suture de la muqueuse vésicale et de la peau avec de la soie plate après larges irrigations, antiseptie et hémostase parfaites de la plaie hypogastrique.

Si la muqueuse est saine ou peu friable, on remplacera la soie plate par des fils d'argent.

Après l'opération, on fera un large lavage vésical et urétral.

Pour laver la vessie dans toute son étendue, on fermera pendant quelques instants le méat hypogastrique avec un tampon de gaze ou de ouate antiseptique, on le retirera ensuite brusquement pour livrer passage au liquide injecté.

Le lavage de l'urètre est aussi utile et il l'est d'autant plus que la cystostomie n'étant pratiquée qu'après des manœuvres infructueuses et répétées de cathétérismes, le canal a été plus ou moins contus et qu'il peut même exister des foyers d'infection, des fausses routes.

Comme pansement, on place sur la plaie quel-

ques lamelles de gaze iodoformée qu'on recouvre d'un gâteau de coton boriqué : ce pansement sera renouvelé toutes les trois ou quatre heures.

On lavera largement la plaie et les régions avoisinantes deux ou trois fois par jour et la vessie aussi souvent que son état l'exigera.

M. Poncet n'emploie plus les tubes Guyon-Périer, il repousse même tout drainage de la vessie, considérant comme irritant pour cet organe la présence d'un corps étranger de quelque nature qu'il soit.

Pour être bon, le nouvel urèthre doit être suffisamment étroit et long et avoir une certaine obliquité : il aura d'autant plus de chances d'être continent que la plaie faite à la vessie aura moins d'étendue.

On enlève les fils du sixième au huitième jour, et on recommande en même temps au malade, de ne pas rester dans le décubitus dorsal, mais de s'asseoir sur son lit, afin de prévenir les congestions hypostatiques qui enlèvent si facilement les vieillards.

La cystostomie sus-pubienne, donne les mêmes résultats immédiats que le cysto-drainage.

Elle procure immédiatement une sensation de bien-être.

Elle met la vessie au repos, fait cesser le ténesme et les douleurs, décongestionne la prostate et tout l'appareil urinaire.

Elle supprime les manœuvres de cathétérisme

douloureuses, inefficaces et dangereuses et permet de traiter la cystite quand elle existe par des lavages aussi fréquents que l'exige son état.

Elle met souvent fin aux crises de cystalgies qui accompagnent parfois les cystites chroniques.

Elle présente sur le cysto-drainage les avantages suivants :

Elle renseigne au cours de l'opération sur l'état des parois de la vessie, sur la présence ou l'absence de calculs primitifs ou secondaires, calculs qu'on peut extraire immédiatement, s'ils sont de petit volume, ou après broiement ou agrandissement de la plaie vésicale, s'ils sont de dimensions plus considérables ; le doigt introduit par la plaie dans la vessie, constate à quelle variété d'hypertrophie on a affaire, et s'il existe une saillie intravésicale, mettant obstacle au cathétérisme ou à la miction, on peut en débarrasser l'organe, séance tenante, enfin elle expose moins à l'infiltration urineuse.

D'un autre côté, le cysto-drainage est une opération plus simple ; elle est aussi plus facile et plus rapide et peut être terminée en moins d'une minute sans anesthésie ; la fistule qu'elle laisse à sa suite s'oblitére rapidement par la simple suppression de la sonde à demeure ; quand elle doit persister, son étroitesse est une garantie de continence. Dans la cystostomie, ce n'est que vers la troisième ou quatrième semaine que, dans les cas heureux, la vessie devient tolérante, l'urine y

séjourne alors pendant une heure ou deux et il arrive assez souvent que l'incontinence persiste indéfiniment et le malade est alors infirme jusqu'à la fin de ses jours.

Il est bon de dire un mot de l'urèthre contre nature périnéal ou tunnellation de la prostate.

Cette méthode a été employée par Harrison et Belfield. Le nouveau canal est oblique de haut en bas et d'arrière en avant de façon à drainer le bas fond vésical : ce n'est que la ponction de Dionis avec drainage permanent. Dans les observations rapportées par le chirurgien anglais et le chirurgien américain, le cours normal des urines se rétablit quelques semaines après l'opération, ils supprimèrent alors le drainage périnéal, le nouveau canal s'oblitéra et on constata une diminution notable de la prostate.

Quand la sonde à demeure, la dilatation par le passage de Béniqués d'un bon calibre, les ponctions capillaires n'ont pas rendu les cathétérismes ultérieurs plus faciles, quand le malade reste exposé en se sondant à faire fausse route, un certain nombre de chirurgiens, au lieu de créer un urèthre contre nature, cherchent à modifier l'urèthre normal et à le rendre perméable aux instruments : pour cela ils s'attaquent directement à l'obstacle.

Deux voies y conduisent : la voie périnéale et la voie hypogastrique.

La voie hypogastrique convient surtout aux

tumeurs à évolution vésicale : elle est employée de préférence quand l'obstacle siège au col. Mac-Gill, Athinson, Mayo-Robson, Kümmel, Dittel, Buckston-Browne, Richardson, Tuffier, Tédénat, etc.

La voie périnéale doit être préférée dans les hypertrophies en barre du lobe moyen, dans l'hypertrophie des lobes latéraux, quand l'obstacle n'est pas limité au col, mais siège dans toute l'étendue du canal prostatique, ce qui, d'après les recherches de Vignard, a lieu dans la grande majorité des cas. Il résulte des expériences de Dittel que la rétention serait due le plus souvent à l'hypertrophie des lobes latéraux.

Cette dernière méthode employée par Braun, Gouley, Harrison, Whitehead, Annandale, consiste à ouvrir, en arrière du bulbe et en avant du bec de la prostate, l'urèthre membraneux, sur un conducteur et dans une longueur de 12 millimètres environ. On introduit l'index dans le canal postérieur, le long du conducteur et en s'aidant d'un bistouri boutonné, si cela est nécessaire ; on écarte avec le doigt les lobes prostatiques, tout en explorant minutieusement la région ; si on reconnaît l'existence d'un abcès, on l'ouvre, s'il y a des calculs prostatiques on les extrait ; si on se trouve en présence d'une hypertrophie en barre, on l'incise ou mieux on l'excise quand on le peut (prostatomie et prostatectomie périnéales médianes).

Gross et Gouley ont extirpé par cette voie des

tumeurs prostatiques proéminent dans la vessie.

Gutthrie avait déjà enlevé, au cours d'une taille périnéale et en même temps que des calculs, une saillie du lobe médian ; récemment Landerer a agi de même dans un cas analogue.

Dans le cas de tumeurs enkystées de l'un ou des deux lobes latéraux, on pourra faire l'incision de ces lobes avec succès et énucléer ces tumeurs (prostatomie et prostatectomie périnéales latérales).

Fergusson, Cadge et Williams ont ainsi énucléé des myômes enkystés, pendant une taille périnéale chez des prostatiques.

Desault, Roux, Dupuytren, ont pratiqué la taille chez des prostatiques qu'ils croyaient calculeux et ont vu les accidents qu'ils présentaient, cesser après l'opération.

Voillemier a observé une diminution notable des lobes prostatiques qu'il avait incisés chez deux calculeux atteints d'hypertrophie de la prostate qu'il avait taillés et dont les plaies avaient mis un certain temps à guérir.

On pourrait peut être remplacer avantageusement le bistouri par le galvano-cautère de Bottini. Si on avait recours à cet instrument et qu'on eût affaire à une hypertrophie en barre, on le disposerait de façon à obtenir une gouttière oblique de haut en bas et d'arrière en avant ; on drainerait ainsi le bas-fond vésical et on aurait plus de chances d'éviter ultérieurement la stagnation de l'urine.

Si le doigt est insuffisant pour élargir l'urèthre prostatique, on se servira d'un dilateur à branches divergentes, dilateur qui sera surtout utile quand l'obstacle siègera au col et aura une disposition annulaire, en museau de tanche, en fer à cheval ou en croissant. On remplacera le doigt et le dilateur par une grosse sonde en caoutchouc vulcanisé ou en gomme qu'on laissera à demeure pendant 8, 10, 12, 15 jours et plus longtemps, si cela est nécessaire.

La simple dilatation du canal prostatique et son calibrage par un gros drain, laissé plus ou moins longtemps en place, suffisent assez souvent pour rendre la miction ou les cathétérismes consécutifs plus faciles (Harrison, Braun).

Harrison, après incision de la barre quand elle existe, maintient les lèvres de cette incision écartées à l'aide d'un tube à drainage double et coudé comme les canules à trachéotomie, de façon à drainer le bas-fond vésical : le tube extérieur est fixe et s'applique au périnée, à l'aide d'oreilles ou d'une plaque que des liens rattachent à une ceinture ou à un bandage de corps ; le tube intérieur peut être retiré et nettoyé à volonté. Après 8 ou 10 jours, il remplace cet appareil par celui d'Annandale qui se compose d'un gros tube plongeant dans la vessie et dépassant un peu le périnée ; à ce gros tube, à extrémité vésicale arrondie et pourvue d'un œil large, est fixé, à l'aide d'un ajutage, un autre tube, muni d'un robinet, à son extrémité

inférieure qui est libre, robinet qui permet de vider la vessie à volonté. Il ne débarrasse le malade de cet appareil que quand le résultat désiré est obtenu, c'est-à-dire quand le canal prostatique a un bon calibre et pour arriver à ce but, un drainage de 6 semaines à 3 mois est souvent nécessaire.

Watson emploie un tube spécial (périnéal drainage, tube), tube coudé à son extrémité vésicale pour assurer le drainage du cul-de-sac de la vessie : ce tube s'adapte aux variations de distance qui séparent le périnée de la vessie, à l'aide d'une plaque mobile qui glisse à frottement sur sa longue portion ; à son extrémité supérieure, se trouve une arête circulaire, qui permet le cas échéant, de le transformer en canule à chemise.

D'après ce dernier auteur, la voie périnéale ne serait praticable que dans les deux tiers des cas seulement quand la distance périnéale, c'est-à-dire la distance entre le périnée et le col, ne dépasse pas la longueur de l'index. Il préfère la voie sus-pubienne, chez les individus à périnée épais, à prostate volumineuse, chez lesquels le doigt ne peut atteindre le col.

Quand on se trouve en présence d'une hypertrophie des lobes latéraux mettant obstacle au cathétérisme, on pourrait peut-être faire l'opération que Dittel fit le premier, mais qu'il n'a pratiquée que sur le cadavre. Elle comprend 3 temps principaux :

1° Incision allant du coccyx au raphé périnéal en contournant l'anus ;

2° Section du releveur ;

3° Résection cunéiforme ;

Des lobes latéraux.

L'urèthre est fixé par un cathéter et le rectum tamponné préalablement est facilement évité.

Küster de Hambourg qui l'a pratiquée trois fois sur le vivant est satisfait des résultats qu'il a obtenus (Congrès de Berlin, 1890).

Max Schede aurait excisé et avec succès chez deux prostatiques, le lobe latéral droit hypertrophié, à l'aide d'une incision périnéale contournant la 1/2 droite de l'anus (Société médicale de Hambourg, 15 décembre 1891).

La prostatectomie sus-pubienne est indiquée quand la vessie a conservé sa contractilité, que l'obstacle siège au col et que le cathétérisme reste impossible ou difficile, après les ponctions capillaires répétées, l'emploi de la sonde à demeure, le passage de gros béniqués, etc. ; elle convient aux saillies intra-vésicales faisant clapet et s'opposant à la miction et au passage des sondes : elle a été pratiquée par Dittel, Kümmel, Mac Gill, Atkinson, Mayo-Robson, Schmidt, Buckston-Browne, Richardson, Tuffier, Tédénat, Jullien, etc...

Quand la tumeur est pédiculée, on l'excise avec des ciseaux courbes. Mac Gill, Atkinson, Mayo-Robson. Quand elle est sessile ou a un pédicule large, on l'enlève avec des pinces coupantes, ou

des ciseaux à mors fenêtrés et coupants (Bukston-Browne), Kummel, Belfield et Schmidt ont eu recours au galvano-cautère.

Dittel s'est servi de l'écraseur, Watson du serre-nœud. Dans le cas de tumeur annulaire, on incise la partie antérieure et postérieure de l'anneau et on en excise ensuite les deux moitiés avec des ciseaux courbes ou on les énuclée avec les doigts (Mac Gill).

Déjà Amussat dès 1837, avait, au cours d'une taille hypogastrique, enlevé une saillie du lobe moyen. Plus récemment Ollier obtint une amélioration notable chez un prostatique calculeux qu'il avait taillé et auquel il avait enlevé, en même temps que ses calculs, un lobe moyen saillant : ce malade qui n'urinait depuis longtemps qu'avec la sonde, put vider sa vessie spontanément après l'opération et il n'eut plus besoin de recourir ultérieurement au cathétérisme évacuateur.

Quoiqu'il en soit, la prostatectomie sus-pubienne n'a pas donné les résultats heureux qu'on en attendait. Des 22 opérés dont Vignard a rapporté les observations dans sa thèse (Paris, 1890), 2 seulement purent uriner, sans le secours de la sonde jusqu'à leur mort et 6 ont succombé peu de temps après l'opération ; deux prostatiques calculeux auxquels Thompson réséqua intentionnellement une bonne tranche de la prostate et chez l'un d'eux, un lobe moyen saillant dans la cavité vésicale, n'éprouvèrent aucune amélioration au point

de vue de la miction ; le malade auquel M. Guyon avait enlevé un lobe latéral et excisé le lobe moyen, était 5 ou 6 semaines après dans une situation aussi grave qu'auparavant, bien qu'il eût gardé une sonde à demeure pendant 3 semaines ; enfin Schmidt fait à un prostatique rétentionniste l'ablation d'un lobe médian gros comme une châtaigne et fermant comme un couvercle l'orifice du col, la rétention persistant après l'opération, il est obligé de la compléter cinq mois après par la boutonnière périnéale de Harrisson.

La boutonnière périnéale, suivie de dilatation, avec ou sans prostatotomie ou prostatectomie est une opération moins grave. Des 14 cas rapportés dans la thèse de Vignard, aucun n'est mort et 4 ont recouvré la miction spontanée. Sur les 35 premiers opérés de M. Harrisson, 3 seulement ont succombé, l'un une semaine, l'autre un mois et le troisième trois mois après l'opération. 18 de ces malades durent subir la prostatotomie ou la prostatectomie ; chez les 17 autres, le simple drainage périnéal fut suffisant ; 10 recouvrirent la miction spontanée d'une façon permanente.

La cure dite radicale de l'hypertrophie de la prostate, n'a été obtenue jusqu'à présent que très rarement : 6 fois sur les 36 observations rapportées par Vignard et 29 fois sur les 133 cas réunis par Belfield ; aussi la plupart des chirurgiens pratiquent-ils d'abord la fistulisation de la vessie par l'hypogastre ou le périnée, suivant la méthode de

Poncet ou celle d'Harrisson et si, au cours de l'opération, ils trouvent des saillies à sectionner, exciser, extirper ou énucléer, ils agissent en conséquence.

COMPLICATIONS

Les complications les plus fréquentes de l'hypertrophie de la prostate sont la prostatite, la cystite, l'urétéro-pyélo-néphrite et l'hématurie : elles peuvent survenir à toutes les périodes de la maladie : elles seront traitées par des moyens appropriés.

Je dirai seulement un mot du traitement de celle de ces complications qui est la plus fréquemment observée, de la cystite.

A la première période, elle sera traitée par les grands bains, le régime lacté, les antiphlogistiques, les émollients intus et extra et les balsamiques : santal, bourgeons de sapin, tolu, etc.

A la seconde période, on la combattra par des cathétérismes évacuateurs régulièrement faits et suivis de lavages à l'eau boriquée 4/100, et au nitrate d'argent 1/500 : ces lavages modifient avantageusement la muqueuse vésicale et empêchent l'infection de gagner les uretères, les bassinets, les calices et les reins ; on fera bien de donner en même temps, à l'intérieur, les balsamiques, santal, goudron, tolu, térébenthine, acide benzoïque, etc.

Si la cystite est très douloureuse, les instillations au nitrate d'argent à 1/50, produiront dans la plupart des cas une amélioration rapide.

Dans le cas de cystite douloureuse et rebelle au traitement ordinaire, on peut être autorisé à soulager le malade par l'opération de Poncet ou celle d'Harrisson, mais ces cas sont heureusement exceptionnels. M. Guyon, jusqu'en 1890, n'avait eu que deux fois l'occasion de faire la cystostomie sus-pubienne à des prostatiques atteints de cystite.

CONCLUSIONS

1° Le traitement de l'hypertrophie de la prostate consiste d'abord dans une hygiène et une diététique bien entendues.

2° On ne doit recourir au traitement chirurgical qu'à la deuxième période de la maladie, c'est-à-dire quand le malade ne vide plus sa vessie, c'est alors que cathétérisme évacuateur régulièrement pratiqué rendra les plus grands services, en s'opposant à la stagnation de l'urine, à la distension de la vessie et dans le cas de cystite, à l'infection des uretères, des bassinets, des calices et des reins.

3° Quand il y a rétention et que le cathétérisme est impossible ou difficile, on vide la vessie à l'aide de l'aspirateur et on calibre le canal par l'emploi de la sonde à demeure et le passage de gros béniqués.

4° Si l'impossibilité ou les difficultés de cathétérisme persistent après l'usage de ces différents moyens, on est autorisé à pratiquer la fistulisation permanente ou temporaire de la vessie à l'hypogastre ou au périnée, suivant les méthodes de Lejars, Poncet ou Harrison.

OBSERVATIONS

A. — Infractions à l'hygiène et au régime.

α. — Refroidissements.

I. — M. D... âgé de 80 ans, ayant suivi en qualité d'auditeur les épreuves d'un concours à l'Hôtel-Dieu, fut exposé à un froid très-vif, en stationnant sous les voûtes de cet hôpital. Rentré chez lui, il constata pour la première fois que l'urination était impossible, etc.

S. BONAN, *Thèse de Lyon*, 1892.

* II. — X..., âgé de 75 ans, avait des mictions plus fréquentes que de coutume ; il se levait plusieurs fois la nuit pour uriner. Il y a 4 ans, à la suite d'une marche fatigante faite pendant la nuit, par un froid très-vif, il fut pris brusquement de rétention urinaire, etc.

VILLARD, *Gaz. des Hôpitaux*, 27 juillet 1893.

III. — Necker, salle Saint-Vincent, n° 10.

B. P..., 79 ans, entré le 10 octobre 1874.

Hypertrophie de la prostate ; rétention complète survenue à l'occasion d'un refroidissement.

Depuis un an se relève une ou plusieurs fois la nuit pour uriner, 8 jours avant son entrée à l'hôpital, 2 octobre 1874, il fit

pendant la nuit un voyage de cent lieues en chemin de fer, il eut très froid, surtout aux pieds; en descendant du train, il essaya en vain d'uriner. Il prit le lit et, pendant 6 jours, il n'urina que par regorgement, etc.

ZAMBIANCHI, *Thèse de Paris*, 1875.

b. — Ecart de régime.

IV. — C..., menuisier, âgé de 69 ans, assiste aux noces de sa petite-fille en 1891 : il est pris dans la nuit qui suit les noces d'une rétention subite qui nécessite des cathétérismes répétés ; 18 mois plus tard en décembre 1893, il sort, par une journée très froide, il est frappé, en rentrant chez lui, d'une nouvelle rétention avec cystite qui ne cèdent qu'à un long traitement. Pers.

V. — J. B..., teneur de livres, âgé de 56 ans, entre le 12 mai 1865, à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

Prostatique. 2 blennorrhagies à 25 ans.

Les premiers troubles de la miction datent de 3 ans ; depuis cette époque le malade ne peut faire un repas copieux sans éprouver de fréquents besoins d'uriner et ne vide alors sa vessie que difficilement.

Dans l'intervalle, lorsqu'il a repris ses habitudes régulières, le malade n'éprouve aucune gêne dans l'émission des urines. Le 1^{er} mai 1885, après avoir dîné moins sobrement que d'habitude avec quelques amis, il essaya en vain d'uriner. Rentré chez lui, il continue, pendant toute la nuit à faire des efforts dont le seul effet a été l'expulsion de quelque gouttes d'urine.

La journée et la nuit suivante se passent dans le même état, etc.

DODEUIL, *Thèse de Paris*, 1866.

VI. — X..., âgé de 63 ans, prostatique entre, le 27 juin 1865, à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

Le 19 juin 1865, après avoir pris part la veille à un repas de noce, il est pris de rétention d'urine dans la matinée. Le même jour, au soir, un médecin pratique le cathétérisme, donne issue à une grande quantité d'urine après laquelle il s'écoule un peu de sang.

DODEUIL, *eadem loco*.

VII. — X... âgé de 75 ans, prostatique entre le 24 novembre 1865 à la maison de santé dans le service de M. Demarquay.

Depuis 10 ans, fluxions hémorrhoïdaires.

Depuis 6 ans est obligé d'uriner plus fréquemment ; pas d'autres accidents urinaires antérieurs.

Il y a 3 mois, à la suite d'un repas trop copieux, cet homme fut pris tout-à-coup de rétention d'urine qui pendant plusieurs jours a nécessité le cathétérisme.

DODEUIL, *eadem loco*.

c. — Excès de boissons.

VIII. — Necker. Salle Velpeau n° 25, entré le 11 avril 1893, et scieur de pierre, 63 ans, hypertrophie de la prostate. Rétention X... aiguë, bonne santé antérieure.

Le 8 avril cet homme boit dans l'après-midi plusieurs verres d'alcool ; le soir même il ne peut uriner.

Un médecin essaye, à plusieurs reprises, de pratiquer le cathétérisme, il échoue. Le malade ne peut être sondé que le 11 avril après son entrée à l'hôpital.

Depuis, il n'urine qu'avec la sonde.

NECKER, le 15 avril 1893, Pers.

IX. — X..., âgé de 70 ans, prostatique, berger à la Teste de Buch, ne se souvient pas d'avoir été malade.

A peine, si depuis 2 ou 3 mois, il avait remarqué une certaine fréquence nocturne de la miction avec lenteur dans l'émission des urines. Le vendredi 24 octobre 1885, venu à Arcachon, en compagnie de quelques amis, il se livra à des libations par trop copieuses, si bien que rentré chez lui à la Teste vers 9 heures, en état complet d'ivresse, il n'a pas gardé le souvenir de la première partie de la nuit, mais se rappelle que, vers 3 heures du matin, il éprouva un impérieux besoin d'uriner qu'il ne put satisfaire. Tourmenté, à son réveil, par un pressant besoin, le malade fait appeler un médecin qui fait des tentatives de cathétérisme qui restent infructueuses, uréthrorrhagie. Entré à l'hôpital le même jour, il est soumis à de nouvelles tentatives de cathétérisme qui n'aboutissent pas : on est obligé de faire une ponction hypogastrique avec le trocart droit ordinaire et on introduit par la canule une sonde en gomme qu'on laisse à demeure. 15 jours après, le 11 novembre 1893, le malade urinait spontanément par l'urèthre. Suivi pendant 5 ans, il n'a présenté d'autre trouble urinaire qu'un peu de lenteur dans la miction.

LALESQUE, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1890, p. 133.

B. — Voyages en chemin de fer.

X. — Homme robuste, âgé de 67 ans, tailleur, fait un voyage de Paris à Lyon, il y a 18 mois, il éprouve le besoin d'uriner avant d'arriver à Montereau : il se retient ; arrivé à la station, il essaye en vain de le satisfaire. Il descend à chaque station et fait de nouveaux efforts qui restent sans effet. Ce n'est qu'à Lyon qu'un médecin appelé, en toute hâte, peut enfin soulager le malade qui est obligé de se sonder depuis cette époque. — Obs. prise à la polyclinique de Necker, le 15 avril 1893.

XI. — X..., âgé de 72 ans, conducteur des ponts et chaussées, fait un voyage en chemin de fer de Yères à Lyon; il éprouva, dans les dernières heures du trajet une sensation de chaleur au périnée, puis fut pris brusquement d'une envie pressante d'uriner. Le train était en marche; il se met à la portière pour satisfaire ce besoin, mais rien ne vient malgré une douleur vive et de violents efforts. Arrivé à Lyon, il parvient, après beaucoup d'efforts à vider sa vessie. Le soir nouveaux besoins, rétention absolue.

Le médecin essaye le cathétérisme avec une sonde molle, celle-ci, devenue friable, ou, étant de mauvaise qualité, se brise dans le canal à deux centimètres du méat. Le malade est transporté à l'hôpital, et là, pendant qu'on se préparait à extraire la sonde, soit par des manœuvres intra-uréthrales, soit par une uréthrotomie externe, elle tomba spontanément par terre.

La rétention persistant, et de nouvelles tentatives de cathétérisme n'ayant pas abouti et ayant provoqué des hémorrhagies, cet homme dut subir la cystotomie sus-pubienne.

S. BONAN, *loc. cit.*

C. — Cathétérisme.

a. — Du danger qu'il y a à sonder le malade debout, quand la vessie est distendue.

XII. — Un vieillard atteint de rétention d'urine avec distension fut sondé debout, contre un mur; l'instrument donna issue à trois litres d'urine, mais le liquide n'eut pas plutôt cessé de couler, que le sujet tomba mort aux pieds du chirurgien, succombant, sans doute, à une syncope due à l'anémie subite des centres nerveux.

Obs. rapportée par THOMPSON.

b. — Du danger qu'il y a à vider la vessie trop rapidement et complètement.

XIII. — Vieillard, âgé de 72 ans, atteint depuis longtemps de rétention d'urine. Cet homme avait été sondé en ville avec une sonde métallique, mais quoique l'instrument fut mal choisi, il n'y avait eu aucune violence, aucun traumatisme. Arrivé à l'hôpital, il fut tout d'abord soumis à une exploration méthodique. On s'assura ainsi, non-seulement de la liberté mais de la largeur de l'urèthre, et, partant de ces données, on pratiqua le cathétérisme évacuateur avec une sonde en caoutchouc vulcanisé de gros calibre.

La vessie ne fut pas complètement vidée, mais l'urine qui s'écoula sortit rapidement, le malade eut une hématurie abondante et ne tarda pas à succomber.

XIV. — Il s'agit d'un homme couché au n° 12 de la salle Saint-Vincent, il est atteint d'une rétention partielle sans distension. L'évacuation totale a d'abord été suivie d'accidents très douloureux et d'accès fébriles. L'évacuation progressive avec substitution graduelle du liquide de l'injection à l'urine, nous a permis de pouvoir enfin, sans inconvénient et sans danger, habituer le malade à des cathétérismes que l'état de la vessie et de la prostate rendent indispensables. Observations prises dans les leçons cliniques sur les maladies de la vessie et de la prostate de M. Guyon.

c. — De la nécessité du cathétérisme évacuateur chez les malades qui ne voient plus leur vessie.

XV. — Vieillard âgé de 65 ans, envies fréquentes d'uriner plus prononcées la nuit, mais ne cédant que très incomplètement au

mouvement et aux occupations de la journée, qui d'ailleurs ne nécessitent aucune fatigue.

Le commencement de la miction était à la fois difficile et douloureux. La vessie se vidait mal, mais le malade avait, à l'avance, déclaré qu'il ne consentirait jamais à être sondé. Les urines ne contenaient qu'une petite quantité de pus qui se séparait nettement, elles étaient acides. Appelé un matin, je trouvai la scène absolument changée ; la nuit avait été des plus pénibles, les mictions étaient fréquentes et très douloureuses. Les urines troubles et alcalines, laissaient déposer la ~~masse~~ glaireuse que vous connaissez. Le malade avait d'ailleurs rendu la quantité ordinaire, et ne manqua pas d'opposer préventivement cet argument à toute proposition de cathétérisme. Ce ne fut que 15 jours après de cet état misérable auquel s'étaient joints de petits frissons qui se montraient chaque jour, dans l'après-midi, alors que le malade jaune et émacié, ne pouvait plus que se rendre à discrétion que nous pûmes pratiquer le cathétérisme évacuateur. Il fut fait avec la plus grande facilité, et débarrassa la vessie d'une grande tasse de liquide épais, trouble, ammoniacal. Sous l'influence d'une évacuation régulière, renouvelée 3 fois dans les 24 heures, nous vîmes le malade revenir graduellement à la santé, mais plus rapidement encore nous fûmes témoins de la transformation des urines qui sous la seule influence du cathétérisme, sans injections vésicales, ni préparations médicamenteuses d'aucune sorte, revinrent à l'acidité normale : elles continuèrent cependant, à être mélangées d'un peu de pus, car le malade fut obligé de continuer le cathétérisme pour obtenir l'évacuation régulière et complète de la vessie.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires,
F. GUYON.

d. — De la nécessité de changer la sonde dès qu'elle commence à s'altérer.

XVI. — Entré le 21 juillet 1876, couché au n° 23 de la salle Saint-Vincent. Atteint d'hypertrophie prostatique et malade depuis de longues années déjà, cet homme a dû prendre l'habitude de se sonder régulièrement. Il y a deux ans, sa sonde se brisa et il entra dans notre service. L'extraction en fut difficile, le corps étranger se fragmentait sous la moindre pression. L'extraction parut cependant complète et le malade nous quitta bientôt en parfaite santé. Vingt mois se passèrent ainsi, il se sondait cinq ou six fois par 24 heures et cela sans éprouver le moindre trouble vésical. Il y a six semaines, il commença à souffrir quand il marchait un peu vite, quand il allait en voiture. Peu à peu la douleur devint continue, les besoins d'uriner se rapprochèrent, les urines claires jusqu'alors devinrent troubles, puis glaireuses et cela, malgré des lavages vésicaux répétés. Reposé dans un verre, le liquide urinaire est trouble, chargé d'un pus légèrement filant qui se collecte mal en dépôt. Examinées au moment même où elles s'écoulaient par la sonde, les urines ont la réaction alcaline la plus nette, l'odeur pénétrante, ammoniacale. L'exploration nous ayant fait reconnaître la présence d'un corps étranger, le diagnostic porté fut cystite calculeuse. Trois séances de lithotritie furent nécessaires pour débarrasser le malade d'un dépôt phosphatique ayant pour noyau un fragment de sonde oublié il y a deux ans. Or, et c'est ici que l'observation devient intéressante, en même temps que nous supprimions le corps étranger, en même temps que disparaissait la cause de la cystite, nous voyions les urines s'améliorer rapidement. Dès la deuxième séance, elles étaient redevenues légèrement acides. Trois semaines après l'entrée à l'hôpital, elles le sont complètement. Tout dépôt glaireux,

toute odeur ont disparu. Les urines contiennent cependant du pus, car le malade a dû continuer à se sonder et la présence du pus est de règle en pareil cas. Notre malade n'a été soumis à aucune injection vésicale spéciale, ni à aucun traitement intérieur. Il lave sa vessie à l'eau tiède et ne prend aucun médicament. Le 12 octobre 1876, ce même malade se présente à la salle Saint-Vincent avec les mêmes symptômes : mêmes douleurs, même dépôt abondant des urines, même réaction alcaline intense, même odeur ammoniacale : l'urine file en sortant de la sonde.

Nous faisons une première séance de lithotritie le 18 octobre et une seconde le 21. De la première à la seconde, aucune modification des urines ; à partir de la seconde, l'alcalinité diminue progressivement au fur et à mesure de l'expulsion des débris. L'urine est absolument neutre et le lendemain apparaît la réaction acide qui s'accroît de jour en jour et qui est complète à la sortie du malade.

e. — Bons effets de la sonde placée temporairement à demeure.

XVII. — Il s'agit d'un homme de 64 ans qui n'urinait depuis 3 ans qu'en se servant d'une très petite sonde, après l'avoir sondé plusieurs fois et lui avoir appris à le faire, avec une sonde de 7 millimètres de diamètre, qu'il gardait deux heures et quelquefois 3 heures le soir en se couchant, il commença à uriner seul vers le sixième mois et vécut encore 10 ans et 3 mois dans cet état.

XVIII. — Un vieillard de 73 ans qui était dans la même position depuis 7 ans, ayant eu recours à ce moyen, commença à uriner spontanément après 13 mois. Au bout de deux ans, il ne se sonda plus qu'une fois dans les 24 heures et mourut d'une pneumonie à 93 ans.

VOILLEMIER ET LE DENTU, *maladies des voies urinaires*, 2^e volume.

7. — Indications du cathétérisme permanent : difficultés du cathétérisme, fausse route, hémorrhagie, fièvre, etc.

XIX. — Malade autrefois lithotritié, devenu prostatique, vidait depuis deux ans sa vessie avec la sonde. Le lobe moyen saillant était facilement rencontré ; cela suffisait pour déterminer de fortes hémorrhagies. Je plaçai une sonde à demeure et ne pus en débarrasser définitivement le malade qu'au bout de 3 semaines. Les essais de cathétérismes furent jusque-là accompagnés de sang, mais à partir de ce moment, la sonde fut introduite dans les meilleures conditions sans saignement et sans difficultés. Depuis lors la situation est restée bonne.

F. GUYON. *Traitement des prostatiques. Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1890.

XX. — A..., âgé de 58 ans, prostatique. Le lobe moyen fait une saillie considérable. Cet homme n'a pu être sondé qu'après des tentatives répétées de cathétérisme, à plus forte raison, ne pouvait-il se sonder lui-même. Il a gardé pendant trois jours un cathéter à demeure, les jours suivants, on lui a passé de gros béniqués. Il a quitté l'hôpital le neuvième jour se sondant lui-même avec une sonde béquille n. 16.

VIGNARD, thèse de Paris, 1890.

XXI. — A..., âgé de 70 ans, rétention d'urine, complète fausse route antérieure, vessie remplie d'urine et de sang coagulé, évacuation de la vessie avec une grosse sonde et sonde à demeure. Guérison. Le malade quitte l'hôpital au bout de trois semaines, pouvant aisément se sonder.

XXII. — M..., âgé de 68 ans, rétention d'urine antérieure, cathétérisme possible avec une sonde à béquille, sonde à demeure

pendant 3 jours, puis cathétérisme régulier, en moins de 15 jours le malade se sonde lui-même.

E. VIGNARD, *Traitement palliatif non sanglant des prostatiques. Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

XXIII. — Prostatique depuis longtemps infecté, chaque cathétérisme déterminait chez lui une nouvelle poussée de fièvre ; l'état général allait s'aggravant chaque jour et les accidents devenaient de plus en plus menaçants M. Guyon appelé en consultation conseilla la sonde à demeure, considérant que seule elle pouvait modifier la situation. Sous son influence, la fièvre cessa et le malade revint à la santé contre toute espérance.

Depuis lors il a pu reprendre sans aucun inconvénient l'usage des cathétérismes intermittents et il vit dans un état très-satisfaisant.

LEGROUX, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892.

XXIV. — X..., âgé de 65 ans, prostatique rétentionniste, éprouvait quelques difficultés pour introduire sa sonde, d'ailleurs en mauvais état, il y mit de la force, poussa quand même, fit une fausse route suivie bientôt d'une miction sanglante. Coloration brun foncé des urines, caillots de toute forme, mélange intime du sang avec le liquide urinaire, tout se réunissait pour faire croire à une lésion des voies urinaires supérieures.

Guérison rapide par la sonde à demeure.

F. GUYON. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires.*

XXV. — X..., 67 ans, habitant la campagne, éprouve, de temps à autre, à intervalles réguliers, des troubles et des difficultés de la miction en même temps qu'un peu plus de fréquence des besoins d'uriner. Il est pris brusquement, le 10 juillet 1891,

à la suite d'un refroidissement, d'une rétention d'urine complète. Un médecin de la localité habitée par le malade, essaye en vain de le sonder et mande un de ses confrères qui n'est pas plus heureux. Après ces tentatives infructueuses de cathétérisme, une ponction de la vessie est décidée et pratiquée. Après cette ponction et celles qui furent faites les jours suivants, toute tentative nouvelle de cathétérisme échoue : du 10 au 16 juillet, on fait deux ponctions par 24 heures. Le 16, M. Guyon appelé par le malade introduit une sonde à bécuille, à l'aide d'un mandrin, après avoir constaté les symptômes d'une rétention aiguë totale, due à une hypertrophie énorme de la prostate qui est dure au toucher et au moins double du volume normal. La sonde à demeure est laissée en place 8 jours, puis on la retire pour être obligé de la replacer de nouveau pendant 15 jours. Dans les jours qui suivent les sondages sont pratiqués chaque fois que le malade a besoin d'uriner. Mais bientôt, sans cause appréciable, survient une nouvelle congestion très intense, et pendant la deuxième quinzaine d'août et tout le mois de septembre, on est contraint de laisser la sonde à demeure au malade qui présente, à cette période, un état grave et, à plusieurs reprises, des hématuries d'une grande violence. Ce n'est que pendant les premiers jours d'octobre qu'il est possible de retirer la sonde à demeure. Le malade peut dès lors uriner seul, mais il vide sa vessie très incomplètement, aussi le sonde-t-on trois ou quatre fois dans les 24 heures. A ces sondages on ajoute deux lavages boriqués, un le matin et un le soir. Sous l'influence de ce traitement, l'état de la vessie continue à s'améliorer pendant les derniers mois de 1891. Les sondages sont progressivement espacés 2 puis 1 dans les 24 heures. Malgré le volume énorme de la prostate, le malade continue à uriner seul et arrive à vider complètement sa vessie. Cet état se maintient pendant toute l'année 1892 sans accident nouveau. Les sondages ne sont plus pratiqués que tous les deux jours puis deux

fois par semaine. A plusieurs reprises, le cathétérisme évacuateur pratiqué aussitôt après la miction permet de s'assurer que la vessie se vide complètement. En février 1893 M. Guyon revoit le malade et constate de nouveau que malgré les accidents si graves signalés plus haut et malgré le sombre pronostic qu'ils semblaient comporter, le malade, dont la prostate est toujours aussi volumineuse, n'a présenté depuis 17 mois aucun accident et parvient, depuis plus d'un an, à vider sa vessie complètement. Actuellement l'état du malade est tel qu'on ne pratique plus qu'un seul sondage par semaine, qu'on fait suivre d'un lavage boriqué.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893.

D. — Ponctions.

a. — Utilité et innocuité relative de la ponction capillaire.

On a vu dans l'observation précédente que la ponction capillaire fut répétée pendant 6 jours du 10 au 16 juillet, 2 fois par 24 heures, sans que le malade ait présenté le plus léger accident du fait de ces ponctions. Il en fut de même des 12 prostatiques dont Dieulafoy rapporte l'histoire dans son *Traité de l'aspiration* (1873). Parmi ces malades, il en est plusieurs qui n'ont eu qu'une ponction à subir, mais il en a quatre chez lesquels elle fut faite jusqu'à 11 et 14 fois.

XXVI. — « La ponction capillaire répétée pendant 21 jours par le Dr Bergonier de Rambouillet, lui a permis de sauver un malade sur lequel toutes les tentatives de cathétérismes avaient échoué : hypertrophie prostatique, fausses routes anciennes et récentes, impossibilité du cathétérisme, rétention d'urine complète. Du 24 juillet au 15 août 1876, la vessie fut vidée à l'aide de l'aspirateur.

Durant ces 21 jours, 28 ponctions furent faites, à raison de deux, puis d'une seule toutes les 24 heures. Aucun accident ne se montra et le 15 août la miction spontanée reparait ; le malade n'urine pas très-facilement, mais il a pu, depuis les accidents, se dispenser de se soumettre à aucun cathétérisme. »

F. GUYON. *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, 1885.

M. Guyon rapporte dans ses cliniques les observations de malades dont la miction s'est rétablie spontanément, ou chez lesquels le cathétérisme redevint possible après une ou plusieurs ponctions.

Quand, après des ponctions capillaires répétées aseptiquement et antiseptiquement faites, la miction spontanée ne se rétablit pas ou que le cathétérisme est impossible, il faut recourir à une autre méthode et cela, dès que l'urine se trouble, que l'état général s'aggrave. Ex :

XXVII. — Rétention d'urine. Cathétérisme impossible. Aggravation de l'état général du malade malgré des ponctions capillaires aspiratrices répétées pendant douze jours. Cystotomie sus-pubienne. Le drain non supporté est supprimé. Guérison, menace d'infiltration urineuse due à l'absence de drain. La plaie se cicatrice ; le malade recouvre la miction volontaire.

RICHARDSON, *Med Record*. 9 mars 1889.

VIGNARD, *opérations palliatives non sanglantes chez les prostatiques. Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1890.

b. — Ponction de Méry cysto-drainage sus-pubien.

XXVIII. — « Vieux prostatique à la campagne, qui, à la suite d'un écart de régime, fut pris de rétention d'urine : il avait l'habitude de se sonder et s'était blessé. Deux confrères appelés avaient tenté à différentes reprises, le cathétérisme, sans résultat.

La vessie était très-distendue, très-douloureuse. L'urèthre saignant, gonflé, absolument rebelle à toute tentative de cathétérisme ; la peau était chaude, la langue sèche, le facies déjà altéré. Avec un très gros trocart je pratiquai une ponction hypogastrique et par la canule, j'introduisis dans la vessie une sonde de caoutchouc rouge, qui, après l'évacuation d'une grande quantité d'urine fétide et sanglante et un grand lavage boriqué, fut laissée à demeure. Dès ce moment, le calme reparut, la fièvre tomba et, au bout de quelques jours, on réussit à passer une sonde dans l'urèthre, on put supprimer alors la sonde hypogastrique et la fistule s'oblitéra vite.

XXIX. — « Nous recevions, il y a 3 mois, à Necker, un vieux prostatique très-amaigri et depuis longtemps épuisé par l'empoisonnement urineux ; depuis plusieurs jours, il n'urinait plus ou presque plus, sa vessie remontait à l'ombilic ; des essais réitérés de cathétérismes pratiqués en ville, avaient déterminé plusieurs fausses routes et définitivement obstrué la voie uréthrale. Haute température, frissons, délire. Le malade était mourant et ce fut, pour ainsi dire, par acquit de conscience, que je lui fis la ponction hypogastrique avec le gros trocart. Il s'écoula près de cinq litres d'urine sanglante par la sonde ; la vessie fut vidée et

désinfectée comme nous l'avons dit plus haut et le tube siphon installé. Le lendemain les accidents avaient cessé et aujourd'hui, le malade urine par sa fistule hypogastrique et se porte à merveille.

Observations de M. Lejars, *Semaine médicale*, 4 octobre 1893.

E. — Cystostomie sus-pubienne. Observations.

a. — Opération de M. Poncet.

XXX. — Un vieillard exerçant la profession de cultivateur entre à l'hôpital, le 4 avril 1893, pour une rétention d'urine devenue complète depuis quelques jours; chez lui le prostatisme date de six à sept ans. A cette époque, le malade qui, depuis quelques années, se levait une ou deux fois la nuit pour uriner, fut pris, tout-à-coup, d'une rétention provoquée par quelques accès alcooliques. Un médecin, alors appelé, pratiqua le cathétérisme sans aucune difficulté, et la fonction se rétablit d'elle-même après un seul sondage.

Pendant quatre ans, en dehors de quelques envies d'uriner, un peu plus fréquentes que de coutume, le malade n'éprouva aucun symptôme particulier du côté des voies urinaires. Il y a deux ans, cette fois, à la suite d'un excès de travail, nouvelle rétention, nouveau cathétérisme après lequel le cours des urines se rétablit encore normalement.

Jusqu'à ces derniers temps, accalmie à peu près complète, mais depuis deux mois le malade devait se lever cinq ou six fois, la nuit pour uriner. La miction était laborieuse, pénible; enfin des accidents de rétention survinrent de nouveau, et depuis une vingtaine de jours, il a fallu recourir au cathétérisme pour vider

la vessie. Pendant les deux premières semaines, le médecin qui donnait ses soins au malade put facilement le sonder, mais depuis cinq ou six jours, malgré des manœuvres répétées qui étaient, à diverses reprises, accompagnées d'urétrorrhagies légères, il n'avait pu avec la sonde pénétrer dans la vessie et avait dû recourir à des ponctions hypogastriques répétées. C'est dans ces conditions que le malade entre dans notre service ; à ce moment, la vessie remontait au-dessus du pubis, le toucher rectal indiquait une prostate volumineuse, avec hypertrophie plus marquée du lobe droit.

Après quelques tentatives douloureuses de cathétérisme, qui paraissaient du reste mal supportées, on pénétra dans la vessie. On recueillit ainsi une certaine quantité d'urine de couleur foncée, d'odeur ammoniacale et on se borna à en retirer deux ou trois cents grammes.

L'état du malade ne laissait pas d'être inquiétant. La langue était sèche, la peau chaude et le thermomètre donnait, comme température centrale, 40°,4. Il existait, à n'en pas douter, des signes d'empoisonnement urinaire aigu et soit pour parer à ces accidents, en mettant d'emblée la vessie au repos et en évitant toute manœuvre répétée, soit pour n'avoir plus à lutter contre la rétention par des cathétérismes peut-être impossibles, dans tous les cas laborieux et dangereux, on pratiqua, séance tenante, l'ouverture de la vessie à la région hypogastrique. L'opération ne présenta aucune particularité, mais on eut soin de sectionner la vessie en un point aussi rapproché que possible du col vésical. L'exploration avec le doigt introduit dans la vessie permit de sentir la prostate sous la forme d'un bourrelet volumineux, entourant d'une façon uniforme le col vésical auquel il formait un large rebord en forme de bénitier. Ici encore, comme dans tous les cas que j'ai observés, l'hypertrophie était diffuse, sans masses saillantes plus ou moins pédiculées, voisines du col et faisant en

quelque sorte office de bouchon. Toute tentative de prostatectomie était donc injustifiée ou impossible. Les lèvres de la plaie vésicale furent suturées avec les bords de la paroi abdominale par six points métalliques, et l'opéré transporté dans son lit sans autre manœuvre post opératoire, qu'une large irrigation uréthrovésicale avec de l'eau bouillie boriquée. Un bloc de coton hydrophile, et aseptique, préalablement trempé dans l'eau boriquée et fortement comprimé pour chasser l'excès de liquide, fut placé sur la paroi abdominale dans le but de recueillir l'urine qui s'écoulait incessamment.

Je passe sur les suites de l'opération qui donna les résultats auxquels nous sommes habitués en pareil cas.

Dès le lendemain, la température n'était plus que de $39^{\circ},2$; huit jours après, elle se maintenait entre $38^{\circ},5$ et 38° , pour devenir normale du dixième au douzième jour. En même temps, les troubles gastro-intestinaux d'origine urinaire s'amendaient, et l'état général du malade devenait chaque jour meilleur.

Après la cystostomie, le malade n'éprouva aucune souffrance, il ne fut plus bien entendu, soumis à aucune exploration, à aucune tentative de cathétérisme ; on se contenta simplement pour remédier à l'inconvénient de l'écoulement des urines de renouveler, aussitôt qu'il était nécessaire, les blocs de ouate aseptique mouillée recouvrant l'ouverture vésicale et la paroi abdominale.

Pendant un mois environ, l'incontinence fut à peu près complète, l'urine venait suinter, à la façon d'une source, au-dessus du pubis. L'opération avait eu lieu le 4 avril et, à la date du 4 mai, nous trouvons mentionné dans l'observation ce fait intéressant que le malade commence à retenir ses urines ; qu'elles ne s'écoulent plus continuellement par le méat hypogastrique. En même temps du reste, cet orifice se rétrécissait notablement ainsi que le canal de nouvelle formation qui le faisait communi-

quer avec la vessie. Le 12 mai, on note une continence presque parfaite.

A ce moment, lorsque le malade fait des efforts pour uriner, l'urine s'échappe par la voie normale : elle a repris son ancien chemin, mais elle s'écoule encore en partie par la voie abdominale. Aujourd'hui, sept semaines après l'opération, le malade qui retient ses urines pendant près d'une heure, n'urine guère que par la verge. Le canal artificiel dont nous ne nous occuperons plus, puisque la miction s'est rétablie par l'urèthre habituel, tend à s'oblitérer spontanément.

Cet opéré a quitté l'Hôtel-Dieu très bien portant, n'ayant plus que le souvenir de ses misères et son état général a subi une véritable transformation.

VILLARD, *Gazette des hôpitaux*, 25 juillet 1893.

δ. — Opération de R. Morris.

XXXI. — Il s'agit d'un homme de 60 ans, atteint d'hypertrophie de la prostate qui n'urinait plus, depuis quelques années, que par la sonde, les cathétérismes devenant de plus en plus difficiles et pénibles, M. Morris décide de lui établir une fistule permanente à l'hypogastre. La cystostomie sus-pubienne est pratiquée et permet de constater qu'il n'existe pas de calcul vésical, complication assez commune chez les gens qui vident incomplètement leur vessie. En outre, le toucher intra-vésical rencontre un lobe moyen considérablement hypertrophié « s'il avait été quelque peu pédiculé, dit l'auteur, je l'aurais énucléé et, laissant la fistule abdominale ouverte, j'aurais attendu que l'urine reprit sa voie naturelle par l'urèthre, c'est-à-dire quelques semaines ». Mais cette condition n'existant pas, il faut créer ici un urèthre sus-pubien. L'incision abdominale de 10 centimètres est prolon-

gée de 5 centimètres, mais en ne sectionnant cette fois que la peau. Puis, de chaque côté, on taille un lambeau, long de 8 centimètres et large de 1, ne comprenant que la peau et le tissu celluloso-graisseux sous-cutané; les extrémités de ces deux lambeaux ne sont pas détachés; leur bord libre est suturé aux deux lèvres de la plaie vésicale, avec du catgut fin chacun de son côté. La vessie, en reprenant sa place dans la cavité abdominale, entraîne avec elle les deux lambeaux qui s'adossent ainsi face à face, en formant une sorte de trajet urétral souple puisqu'il est cutané. Pansement iodoformé, drainage.

Quatre semaines après l'opération, le malade se levait : toutes les plaies abdominales s'étaient réunies par première intention. L'opéré peut, à volonté, retenir ou expulser son urine par un tube en verre, en guise de verge : quand il veut uriner, il appuie ce tube à l'entrée du trajet sus-pubien.

c. — Opération de Jaboulay.

XXXII. — Sur un malade atteint de rétention d'urine d'origine prostatique, Jaboulay a fait la taille sus-pubienne à travers le muscle grand droit de l'abdomen, de façon à obtenir un sphincter contractile s'opposant à l'issue continue de l'urine qui a souvent lieu, à la suite de la taille médiane. Une fois l'incision de la paroi abdominale exécutée et le péritoine relevé, il a ponctionné et incisé la vessie, puis suturé les lèvres de la plaie à la peau, sans prendre les faisceaux musculaires voisins. A la suite de l'opération, il y eut pendant quelques jours une légère suppuration; la cicatrisation vésico-cutanée effectuée, on put noter que l'urine ne s'échappait pas continuellement par le méat artificiel : il existait bien évidemment un appareil contractile qui s'y opposait. A l'autopsie, qui eut lieu six semaines plus tard, le malade ayant suc-

combé à une néphrite double, on constata la présence d'un canal oblique de haut en bas, allant de la peau à la vessie et ayant deux centimètres et demi de longueur. On peut présumer qu'avec le temps, ce nouvel urèthre se serait mieux développé et que, doublé des fibres musculaires du grand droit, il serait parvenu à réaliser la contention d'urine.

OZENNE, *Mercredi médical* le 7 septembre 1892.

Vu par le Président de la thèse,
GUYON

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

